

**INDICATIONS,
CONTRE-INDICATIONS
DE
LA CONVULSIVOTHÉRAPIE
PAR ÉLECTRO-CHOC
DANS LES SYNDROMES
NÉVROPATHIQUES**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean Maurice LAURENT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Novembre 1927, à DIJON (Côte-d'Or)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1953

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS
DE LA CONVULSIVOTHERAPIE PAR ELECTRO-CHOC
DANS LES SYNDROMES NEVROPATHIQUES

**INDICATIONS,
CONTRE-INDICATIONS
DE
LA CONVULSIVOTHÉRAPIE
PAR ÉLECTRO-CHOC
DANS LES SYNDROMES
NÉVROPATHIQUES**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean Maurice LAURENT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Novembre 1927, à DIJON (Côte-d'Or)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1953

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Docteur honoraire
Docteur
Assesseur

M. J. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

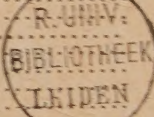
PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, WILLARD, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART,
PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphie
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Histologie
Pharmacie et Pharmacologie
Botanique et Cryogonie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie
Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Biologie médicale
Pharmacie galénique
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène
Propédeutique chirurgicale

MM. FROMENT,
P. RAVAUULT
SANTY,
WERTHEIMER,
BERNHEIM,
BONNET,
RESATTU,
CIBERT,
DUFOUT,
GATE,
DECHAUME,
SEDALLIAN,
GUILLEMINET,
POLLOSSON,
PIGEAUD,
DUCCLOS,
NOEL,
LEULIER,
NETIEN,
HERMANN,
MARTIN J.-F.,
PONTIUS,
(détaché à Beyrouth)
MAZEL,
GARIN,
ROCHET,
CHAMBON,
JOSSEAND,
DELORE,
GABRIELLE,
CROIZAT,
ENSEMEL,
MALLET-GUY,
JOURDAN,
REVOL,
BOURRET,
LEVRAT,
SCHIER,
BERTRAND.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique..... M. BANSSILLON.

Pharmacie et Pharmacologie DREVEN.

Chimie organique et Toxicologie BADINAND

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Physique biologique BERGER.
Parasitologie COUDERT.
Physiologie CHATONNET.
Physiologie CIER.

Parasitologie ROMAN.
Histologie TUSQUES.
Chimie biologique R. CREYSEL.
Bactériologie BERTOYE.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
Pathologie médicale BRUN.
Pathologie médicale M. GIRARD.
Pathologie médicale P. GIRARD.
Pathologie médicale JEUNE.
Pathologie médicale VACIEN.
Pathologie médicale GALT.
Pathologie médicale GONIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.
Pathologie chirurgicale DARGENT.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.
Pathologie chirurgicale LABRY.
Pathologie chirurgicale MANSUY.
Pathologie chirurgicale TRILLAT.
Pathologie chirurgicale GUILLET.
Obstétrique BROCHIER.

MM.
Obstétrique MAGNIN.
Obstétrique MATHIEU.
Anatomie pathologique GUICHARD.
Orthopédie MARION.
Anatomie LATARJET.
Neuro-chirurgie LECUIRE.
Oto-rhino-laryngologie MAYOUX.
Ophtalmologie PAUFIQUE.
Urologie PERRIN.
Dermato-syphiligraphie THIERS.
Médecine légale et Médecine du Travail ROCHE.

CHARGES DES FONCTIONS D'AGREGE

Hygiène BENAZET.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. DECHAUME ; Assesseurs : MM. BOURRET
M. GIRARD et CIER.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

Je dédie ce travail :

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON GRAND-PERE

A MA GRAND'MERE

A MA FIANCEE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BOURRAT
Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique.

Il nous a inspiré cette thèse et nous a guidé
de ses sages avis. Il nous a toujours accueilli
amicalement, ne nous ménageant ni son temps
ni sa patience.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance
et de notre respectueuse amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUNERIE
Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique

En témoignage de notre sympathie.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME

*Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique
et d'Hygiène mentale.*

Le sujet de ce travail nous a été confié par lui. Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOURRET

Professeur de Médecine Légale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. GIRARD

Professeur Agrégé de Pathologie Médicale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CIER

Agrégé de Physiologie.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL DURAN

Médecin des Hôpitaux Militaires.

*Chef du Service de Neuro-Psychiatrie.
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes.*

Pendant une longue année d'Internat accomplie dans son service, nous avons pu apprécier son extrême bonté, ses grandes qualités professionnelles, qui nous ont fait aimer la Neuro-Psychiatrie.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE FAVIER

Spécialiste de Neuro-Psychiatrie.

Il a toujours été pour nous un guide bienveillant. Ses conseils nous furent précieux. Nous lui exprimons ici toute notre vive gratitude et nos remerciements.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL CHAVIALLE
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

A TOUS MÈS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LYON
ET DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A TOUS MES CAMARADES

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS DE LA CONVULSIVOTHERAPIE PAR ELECTRO-CHOC DANS LES SYNDROMES NEVROPATHIQUES

INTRODUCTION

Depuis 15 ans, la convulsivothérapie par les courants électriques est entrée dans la pratique psychiatrique. Elle fut, tout d'abord, utilisée dans les psychoses, en particulier dans les mélancolies, dont elle abrégéa l'évolution, améliorant ainsi le pronostic de cette affection. Par la suite, le champ d'application de la sismothérapie s'étendit rapidement, débordant même le cadre de la psychiatrie.

L'Electro-Choc, appliqué pour la première fois à l'homme par CERLETTI et BINI en 1938, fait suite aux travaux de Von MEDUNA (1934). Ce dernier, pensant à un antagonisme entre l'épilepsie et les états mentaux morbides, créait chez ces malades des crises comitiales artificielles à l'aide du Cardiazol. Les courants électriques offrent les mêmes avantages que ce produit, sans toutefois en avoir les inconvénients.

Mais il y avait longtemps que les médecins tentaient de traiter des affections nerveuses par des secousses électriques. SCRIBONIUS LARGUS, médecin de l'Empereur CLAUDE (43-48 ap. J.-C.) écrivait dans son traité « *Compositiones Medicamentorum* » : — « Un ancien et intolérable mal de tête, qui se manifeste avec insistance, peut être immédiatement supprimé, si on le soigne au moyen d'un poisson-torpille, vivant, de couleur noire, appliqué sur le lieu de la douleur, jusqu'à ce que celle-ci cesse, et que la partie soit endolorie; dès qu'on aura obtenu ce résultat, on enlèvera le remède afin de ne pas abolir la sensibilité de la partie. Il est nécessaire de préparer un certain nombre de ces poissons-torpilles, le bénéfice de la cure, c'est-à-dire la torpeur, qui est l'indice de l'effet utile, survenant seulement après deux ou trois applications. »

Au XVIII^e siècle, grâce à des machines à électricité statique, renforcées de bouteilles de Leyde, on traita des maladies nerveuses. MARAT, qui écrivit un traité sur l'électricité, l'utilisait en thérapeutique. FRANKLIN essaya de réaliser des anesthésies à l'aide du courant. Pendant la période révolutionnaire, un Hospice Médico-Electrique fonctionnait à Paris. Dirigé par LEDRU, un empirique, il recevait des malades de neurologie, et plus particulièrement des malades mentaux.

Il faut toutefois attendre la fin du XIX^e siècle, pour que l'action des courants continus et intermittents soit approfondie. LEDUC, en 1893, décrit le sommeil électrique et BARTELI, en 1903, provoque chez le chien des crises convulsives à l'aide des courants alternatifs.

CERLETTI, avec BALDUZZI, CUZZERI, et CHIANZZI, entre 1933 et 1935, puis avec BINI, entre 1935 et 1938, crée chez le chien des crises épileptiformes avec du courant alternatif; il constate qu'avec des temps de passage courts, l'animal ne meurt pas. Il vit ensuite qu'aux abattoirs de Rome, les porcs étaient égorgés pendant le coma succédant à une décharge de courant lumière, appliquée sur la tête de l'animal. CERLETTI fait alors de nouveaux essais, et se rend compte que, même pour un temps long, le passage de l'électricité pouvait ne pas être mortel; il tente (Mars 1938) une première expérience sur un schizophrène.

L'usage de l'Electro-Choc se répandit rapidement, du fait des succès curatifs obtenus, de la facilité d'emploi, de la faible proportion d'accidents, qu'il comportait. Par la suite, différents auteurs ont proposé des méthodes dérivées : électro-choc prolongé, électro-choc contrôlé, électro-narcose, etc...

Si certains voient dans cette thérapeutique un retour aux mœurs moyennageuses, où l'on s'efforçait de trouver de nouveaux procédés de chocs, une méthode aveugle et brutale, d'autres ont multipliés les indications, sortant même parfois du domaine de la pathologie mentale.

L'on a pu être ainsi conduit à pratiquer des Electro-Chocs pour traiter des états psychonévrotiques. Faits dans des états dépressifs, proches parents d'ailleurs de la mélancolie, ils eurent le résultat escompté. Mais appliqués abusivement, sans indications précises, ils peuvent être néfastes et aggraver le malade.

C'est dans les névroses qu'on peut avoir à les discuter. S'ils ne constituent pas la thérapeutique de choix de ces états, ils peuvent, surtout dans les cas rebelles aux traitements usuels, fournir un précieux adjuvant.

En effet, les névroses, qui forment un chapitre important de la psychiatrie, nous sont encore mal connues, et leurs traitements sont parfois bien décevants.

Ces états névropathiques, conscients par définition, ne sont étudiés que depuis un siècle environ. CULLEN, médecin écossais, en 1776, tente de les définir; c'est à lui que l'on doit le terme de « Névrose ». PINEL s'efforce de dégager avec plus de précision le caractère de ces troubles. AXENFELD, en 1863, classe dans ce groupe six affections : les états nerveux, la chorée, l'épilepsie, l'éclampsie, la catalepsie et l'hystérie.

En 1892, HACK TUCK considère les névroses, comme un état caractérisé par un désordre du système nerveux, sans relation avec aucune affection organique constante. Précédemment, BERNHEIM y avait vu l'influence de l'imagination et de la suggestion.

Différentes théories essayèrent de préciser l'étiologie de ces états : auto-intoxication digestive (BOUCHARD), fatigabilité excessive (WEIR MITCHELL)...

En 1862, CHARCOT étudie l'hystérie; ses travaux sont complétés par ceux de BABINSKI. A ces névroses, BÉARD, vingt ans plus tard, y ajoute la neurasthénie. En 1900, Pierre JANET décrit la psychasthénie.

Les travaux de FREUD et de son Ecole apportèrent un jour nouveau sur ce problème. Ils mirent en évidence une origine, souvent sexuelle, dans ses affections. FREUD classe ainsi les psychonévroses en deux groupes :

— celles dites « actuelles » résultant de troubles directs, évidents de la vie sexuelle (neurasthénie, névrose d'angoisse);

— celles dites « de transfert » dues à un conflit refoulé, antérieur à la vie sexuelle (hystérie, névrose obsessionnelle).

A la suite de tous ces travaux, la psychanalyse entra dans la thérapeutique, augmentant nos ressources pour ces affections. Malgré tout, des formes particulièrement tenaces, résistant aux narcoses, à la psychothérapie, etc..., ont pu conduire des médecins à envisager l'opportunité de la sismothérapie.

Après avoir fait un rappel des principes généraux de cette thérapeutique, nous proposerons une classification des névroses, à partir de laquelle nous discuterons les indications et les contre-indications de son emploi, selon les différents syndromes. Enfin, dans un dernier chapitre, nous envisagerons les problèmes médico-légaux que peut soulever cette thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

LA CONVULSIVOTHERAPIE

I. — Principe.

La première crise d'épilepsie, créée par Von MEDUNA, dans un but thérapeutique, chez un aliéné, le fut à l'aide du Cardiazol, en injection intra-veineuse lente. Ce produit entraîne, en effet, à des doses variables selon chaque individu, le déclenchement d'une crise convulsive, par abaissement du seuil épileptogène. Si l'on suit une injection de Cardiazol, à l'aide de l'électro-encéphalogramme, on voit apparaître, au fur et à mesure que la dose de drogue s'accroît dans l'organisme, des anomalies du tracé, de type comitial (ondes lentes, ondes dégradées, pointes ondes, etc...).

Cette méthode, encore utilisée aujourd'hui dans certains cas, en particulier après échec des autres thérapeutiques, a l'inconvénient d'être d'un emploi délicat, peu pratique, parfois dangereux, c'est pourquoi l'électro-choc lui a été substitué.

Ce procédé offre les mêmes avantages, créant une crise comitiale qui suit immédiatement le passage du courant, dont on peut relativement régler l'intensité. C'est ainsi que dans les cas d'Electro-Chocs simples on peut schématiquement distinguer :

— *les absences*, avec ou sans apnée, simple perte de conscience suivie d'une phase d'obnubilation;

— *les infra-crisés*, où l'on voit en plus une hypertonie;

— *les crises comitiales typiques*, avec perte de connaissance, suivies d'une série de troubles pyramidaux, extra-pyramidaux et végétatifs;

— *les super-crisés* dues au passage d'un courant trop fort.

Pour CERLETTI, cette thérapeutique ne constitue pas une cure électrique, mais une cure convulsive, l'électricité jouant, comme le Cardiazol, le rôle d'agent déclenchant.

Depuis le premier appareil, des modifications, surtout techniques, ont été apportées. Toutes visent à atténuer le spasme électrique et les réactions tonico-cloniques, responsables des accidents généralement observés (Electro-Chocs prolongés, Electro-Chocs contrôlés, Electro-Narcoses, etc...). C'est également pour diminuer les risques, que l'on tenta de faire des chocs sous curare, sous barbituriques...

Pour l'Electro-Choc classique, on fait passer à travers le crâne, avec des électrodes temporo-pariétales, un courant moyen d'environ 140 V. pendant un temps variable (1/10^e de seconde ou plus) selon l'effet recherché. Dans ce cas, les réactions observées se déroulent toujours selon un même ordre :

1) *Spasme électrique* : phénomène primaire = contraction spasmodique de toute la musculature. En même temps, il y a perte de connaissance, apnée, apparition de phénomènes neuro-végétatifs : ralentissement du pouls suivi d'accélération, hypotension artérielle à laquelle succède une hypertension remplacée elle-même par une nouvelle hypotension, mydriase, salivation, etc...

2) *Phase tonique* suivie d'une phase clonique, analogues à celles de l'épilepsie.

3) *Phase stertoreuse* pendant laquelle le sujet est inconscient et peut présenter des mouvements automatiques.

4) *Réveil du patient* qui d'abord obnubilé, se réoriente progressivement.

Après l'application de la sismothérapie, il y a une amnésie rétrograde plus ou moins durable, portant sur un temps variable, qui peut donner une impression pénible au sujet (cf. l'auto-expérience de BERSOT).

A la suite de la convulsivothérapie, on note un certain nombre de troubles biophysiques, biochimiques et neuro-psychiques. C'est ainsi que l'on a pu décrire un véritable syndrome humoral (DELAY et SOULAIRAC) caractérisé par une augmentation des protides et lipides sanguins, une élévation

du taux des électrolytes (K et Na) et de la calcémie avec acidose; de plus, il y a une hyperglycorachie ainsi qu'une oligurie avec forte concentration de l'urée et des phosphates.

Les méthodes dérivées : Electro-Choc prolongé, Electro-Choc contrôlé, etc..., ont un principe sensiblement analogue, seuls les temps et les intensités des courants diffèrent selon les effets recherchés. Ils entraînent les mêmes réactions humo-
rales, vaso-motrices et sympathiques.

II. — Méthodes d'application.

L'indication de sismothérapie étant posée, on la pratique à raison de deux à trois séances par semaine selon les cas, le nombre total variant avec l'évolution de l'affection. On obtient parfois une rémission rapide, alors que d'autres fois, il faut un grand nombre d'applications pour avoir un résultat. Dans certains cas, on est conduit à interrompre le traitement, et ce sera à la première ou seconde reprise, que l'état pathologique pourra céder. On a ainsi l'impression qu'il existe une période de maturité thérapeutique où un ou deux chocs, faits en temps opportun, entraînent un succès immédiat. Mais, en règle générale, il y a intérêt à pratiquer encore quelques séances de consolidation après guérison, les rechutes cédant souvent plus difficilement.

Dans des cas très graves, des auteurs ont pu faire plusieurs chocs dans une même journée, pendant un temps variable (Electro-Choc par sommation. STRAWN. G. HEUYER) jusqu'à la confusion mentale. Le malade est ensuite soumis à une psychothérapie intense.

Parfois, on a intérêt à pratiquer la convulsivothérapie sous couvert d'une narcose barbiturique, ce qui a l'avantage de réduire l'inquiétude ou l'anxiété pré-critique du patient. Cette peur n'apparaît souvent qu'après plusieurs séances. Elle serait due, pour CERLETTI, à une « terreur défense », provoquée par les modifications biologiques et psychologiques entraînées par le choc pendant la période d'inconscience. Par contre, LOPEZ-IBOR l'explique par la brusque cessation de la conscience, entraînant une discontinuité, véritable angoisse du néant.

Aux Electro-Chocs, on peut adjoindre l'injection préalable de substances vaso-dilatatrices cérébrales (nicotinate de sodium). Elles offrent l'avantage de renforcer la vaso-dilatation due au passage du courant, favorisant ainsi les nombreux processus métaboliques, et de réduire la période de confusion post-critique.

III. — Mode d'action.

Jusqu'à présent, la façon dont agit la sismothérapie, nous est mal connue, ce qui explique le grand nombre de théories visant à interpréter cette action thérapeutique.

WAGNER, SMITT et WEGGENER ont montré sur le cadavre que le courant passant au niveau du cerveau est minime, 90 à 95 % du voltage total se perdant dans les différents tissus. De plus, ils montrèrent que le stimulus électrique passe en majeure partie dans les lobes frontaux, avec des électrodes temporo-frontales, alors que sa répartition est plus uniforme pour des bipariétales.

Lorsque l'on enregistre un tracé électro-encéphalographique aussitôt après le spasme électrique, on constate l'apparition de modifications analogues à celles des crises d'épilepsie, ou de l'injection de Cardiazol. Ces perturbations sont identiques, nous l'avons vérifié, aussi bien après Electro-Choc prolongé, qu'après Electro-Choc contrôlé, ou qu'Electro-Narcose.

Au cours de la phase tonique, on voit des ondes rapides, d'amplitude élevée (400 à 500 microvolts), alors que dans la phase clonique, ce sont des bouffées de pointes également rapides et amples à 500 microvolts. Ces bouffées s'espacent et dans la période de coma, on trouve des ondes lentes et amples de longue durée, ainsi que des pointes-ondes et des oppositions. Ces modifications tendent à disparaître au fur et à mesure que le sujet reprend conscience. Toutefois, après un certain nombre de chocs, des anomalies peuvent persister pendant un temps variable (plusieurs mois); elles se traduisent par des bouffées d'ondes lentes spontanées, ou provoquées par l'hyperpnée.

Lorsque, au cours de la sismothérapie, l'on obtient une absence, le tracé est analogue à celui du petit mal.

Mais, en plus des modifications du rythme cérébral, il est évident que cette thérapeutique a une action simultanée sur de nombreux organes et fonctions. C'est ainsi qu'il y a une cinquantaine de théories tendant à expliquer le mécanisme des Electro-Chocs. Selon HIRSCH GORDIN, on pourrait les classer en deux groupes :

- les théories somato-génétiques,
- les théories psycho-génétiques.

En fait, il est impossible de diviser de telle sorte une action aussi complexe. Pour CERLETTI, on doit distinguer trois catégories :

a) les théories se basant sur des processus destructifs, des actions inhibitrices, déprimantes ou relâchantes, portant sur des fonctions neuro-psychiques;

b) celles qui pensent à des actions stimulantes, excitantes, activantes, s'exerçant aussi bien sur des organes nerveux (en particulier système neuro-végétatif : diencephale) que sur des fonctions psychiques;

c) enfin les théories ambivalentes, en particulier celles des processus organiques de « dissolution-reconstruction » (DELMAS-MARSALET). Après une dissolution obtenue par la crise, au réveil, le malade aurait tendance à reconstruire, à partir des instincts les plus primitifs, un psychisme normal.

Les chocs pourraient agir comme un ensemble d'agressions de l'encéphale, provoquant à ce niveau et dans le reste de l'organisme, la formation de substances défensives (acrogonines de CERLETTI). A partir de ces idées, DOUSSINET et M^{lle} JACOB firent sur des malades des injections de sang, puis de liquide céphalo-rachidien, de sujets ou d'animaux venant de subir des Electro-Chocs.

Ceux-ci ont certainement une action organique. Ils provoquent en particulier une vaso-dilatation cérébrale, qui favorise les divers métabolismes indispensables, et dont l'harmonie assure le bon équilibre de l'individu. Ils ont une action complexe sur l'hypothalamus : « cette petite zone médiane et archaïque de la base du cerveau, que pourrait cacher l'ongle du pouce (ou) se trouve le ressort essentiel de la vie instinctive, végétative, émotionnelle et affective, que l'homme s'est efforcé de recouvrir d'un cortex d'inhibitions » (CUSHING). Les

Electro-Chocs déclenchent ainsi de multiples réactions biochimiques, endocrines, neuro-végétatives, qui entraînent elles-mêmes d'autres réactions réflexes, automatiques, instinctives, affectives.

La sismothérapie aurait donc surtout un effet dans les dysthymies, en tendant à les normaliser, grâce aux phénomènes neuro-psychiques provoqués.

IV. — Incidents - Accidents.

Comme toute thérapeutique agressive, la Convulsivothérapie a, à son actif, un certain nombre d'accidents. Mais sans minimiser les risques, il ne faut pas non plus les amplifier, d'autant que l'on peut obtenir des résultats remarquables avec des indications bien posées. Si cette méthode comporte, apparemment, une certaine brutalité, il ne faut pas l'accuser de tous les méfaits, et ne pas considérer comme accident ce qui n'est, peut-être, qu'une coïncidence. Nous basant sur les travaux de G. DESHAIES et M^{lle} S. PELLIER, nous résumerons les accidents qui ont pu être constatés.

A) ACCIDENTS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES.

a) *Mécaniques.*

1) Cutanéomuqueux : contusions, morsures de la langue.

2) Musculaires. Relativement fréquents (5 %), ce sont les courbatures dues à l'hypertonie et aux convulsions; ils sont sans conséquences fonctionnelles ultérieures.

3) Ostéo-articulaires (0.03 %). Ils sont causés aussi bien par les convulsions, que par l'hypertonie qui entraîne un effort musculaire intense.

Luxations :

— du maxillaire (2 à 10 %), mais la réduction en est aisée pendant le stertor; elles sont souvent favorisées par des conditions anatomo-physiologiques;

— de l'épaule (0.02 à 1 %), bénignes, mais pouvant se compliquer par la suite, selon l'âge et l'état organique du sujet;

— de la 7^e vertèbre cervicale, heureusement exceptionnelle, car elle entraîne la mort par hématomyélie.

Fractures :

— du maxillaire inférieur (0,001 %), rares; plus fréquents seraient les accidents dentaires (ébranlement, dents cassées, etc...) liés souvent à une dentition en mauvais état;

— de l'humérus (0,026 % à 0,4 %), surtout proximales;

— du fémur (0,4 %), en particulier du col;

— des corps vertébraux surtout dorsaux (0,05 % à 0,5 %);

— très rarement on a pu décrire des enfoncements du cotyle, des fractures de côte ou de l'omoplate.

Ces accidents ostéo-musculaires surviendraient chez 1,8 % des malades, soit pour 0,13 % à 0,14 % Chocs.

b) Pulmonaires.

1) L'apnée, incident parfois impressionnant; mais la reprise de la respiration se fait dès la première manœuvre respiratoire artificielle.

2) Les abcès pulmonaires (0,01 % à 0,25 %) probablement dus au passage dans les bronches de salive ou de particules dentaires septiques. L'infection est facilitée alors par les phénomènes vaso-moteurs, congestifs vasculaires, généralisés, produits par la convulsivothérapie. A cette même pathogénie on peut rattacher les obstructions bronchiques par corps étrangers (dents, appareils dentaires, etc...).

Exceptionnellement, la sismothérapie aurait favorisé le développement de pneumopathies, de pneumothorax; quant aux foyers tuberculeux, la question de savoir si elle peut les réveiller, est encore discutée.

c) Cardio-vasculaires.

1) Arythmie bénigne, transitoire du post-électro-choc (1 %).

2) Fibrillation auriculaire, thrombose coronarienne et insuffisance cardiaque, sont exceptionnelles. L'hypertension artérielle ne semble pas être provoquée par la sismothérapie; quant aux épistaxis et aux ecchymoses sous-conjonctivales, elles semblent extrêmement rares.

d) *Accidents digestifs*. On peut observer des nausées et des vomissements bénins et transitoires; de même, des électrochocs chez des ulcéreux auraient pu déclencher des hémorragies.

e) *Accidents génito-urinaires* : énurésie (?), mictions involontaires, éjaculations.

f) *Accidents endocriniens* : rétention hydrique entraînant un engraissement; hyperthyroïdie; diabète insipide; aménorrhée ou hyperménorrhée ont été décrits comme accidents de la convulsivothérapie.

g) *Accidents neurologiques*. Après sismothérapie on observe souvent des céphalées dues aux perturbations de l'hydraulique céphalo-rachidienne. En ce qui concerne l'épilepsie apparaissant après des Chocs, il faut être prudent; elle semble très rare et ne surviendrait que chez des prédisposés.

On a décrit également comme accidents, des encéphalites, des myoclonies vélopalatines par hémorragie de la calotte protubérantielle, des hémorragies méningées, des apoplexies séreuses.

h) *Accidents psychiques*.

1) L'amnésie, fréquente (1/3 des cas) soit antérograde de mémoration, soit rétrograde parcellaire ou thématique, régresse en un temps variable, et ne doit pas toujours être considérée comme une complication. A ceci, nous rattacherons un cas de cécité amnésique (MICHAUX, GALLOT, SCHERRER).

2) La confusion mentale. Accident discutable, car elle peut n'être qu'une coïncidence, son apparition au cours de l'évolution de toute affection psychique étant assez fréquente. Elle est parfois favorable à la psychothérapie (E. C. par sommation). On a également rendu responsable la sismothérapie, de perturbations du schéma corporel, de démences, d'états oniroïdes, etc...

3) Les troubles de la sphère thymique. On peut voir des inversions de l'humeur : sub-excitation ou dépression, qui sembleraient devoir être rattachées à des constitutions cyclothymiques.

L'anxiété, ou plus exactement l'inquiétude pré-convulsive

expliquée, nous l'avons vu, par une « terreur-défense » (CERLETTI) ou par un malaise du à la discontinuité de la conscience (LOPEZ-IBOR), est un accident banal pouvant apparaître après plusieurs Chocs. On peut y remédier grâce aux Chocs sous Narcose barbiturique (Electro-Narcose type PATTERSON, etc...).

Enfin, on a décrit un syndrome d'inhibition des électro-choqués (10 % des cas), véritable syndrome subjectif, fait d'un sentiment de vide de la pensée, avec difficulté pénible de l'effort mental, d'une dysmnésie de remémoration, la conscience gênante d'une amnésie lacunaire plus ou moins étendue; d'un défaut d'appropriation d'une portion vécue de l'existence, et de dysesthésies cranio-cérébrales. De ce syndrome, il faut rapprocher celui d'anéantissement de BINI, résultat de chocs accumulés. Il est voisin du syndrome psycho-organique profond de LOPEZ-IBOR, qui peut simuler une rémission.

B) ACCIDENTS MORTELS.

Très rares (0,08 % des Electro-Chocs) et moins fréquents que ceux vus au cours d'autres thérapeutiques, même apparemment peu agressives (Arsenothérapie).

a) *Mort immédiate*, n'est apparue que chez des sujets tarés.

b) *Mort secondaire proche* qui paraît discutable, ainsi que les morts tardives. On les rencontrerait toujours chez des malades organiquement déficients.

Nous signalerons, cependant, un cas de paralysie flacide au 2^e choc avec hallucinations au 4^e et mort dans les jours suivants (W. RIESE et G. S. FALTZ). Ici l'anatomo-pathologie montra des lésions analogues à celles des électrocutions : surcharge grasseuse des cellules nerveuses, avec réactions gliales et pétéchies hémorragiques avec zones nécrotiques.

En définitive, la mortalité serait de 0,2 % des malades pour 0,01 % Chocs.

V. — Contre-indications.

Tirées de l'état organique du malade. Du fait de la possibilité d'accidents, il faut, l'indication psychiatrique posée, envi-

sager dans quelles conditions la constitution physique du malade permet la sismothérapie. La décision thérapeutique sera prise en fonction de l'état mental et des risques à courir. Elle sera plus aisée lorsque l'affection mentale sera grave et rebelle aux autres thérapeutiques (sitiophobie, raptus anxieux, tentative de suicide...). Toutefois, on évitera la convulsivothérapie dans différents cas (DESHAIES) :

A) *Affections ostéo-articulaires*. En dehors de cas graves et évidents : fractures récentes, luxations récidivantes, maladie de Lobstein, on pourra utiliser sans crainte la convulsivothérapie.

B) *Affections cardio-vasculaires*. Elles ne sont plus redoutées aujourd'hui. Cependant, on conservera une certaine méfiance en cas de : myocardite, coronarite, fibrillation et insuffisance cardiaque. La thérapeutique cardiaque pourra encore diminuer les dangers.

En ce qui concerne l'hypertension artérielle et l'artériosclérose, les idées diffèrent selon les auteurs, certains restant très prudents. Toutefois, récemment, LEROY a fait des Electro-Chocs chez des hémiplésiques, même récents, et a constaté de plus des améliorations motrices.

L'à-coup hypertensif, dû probablement à l'action du courant sur les centres neuro-végétatifs, neuro-diencephaliques, faisait écarter cette thérapeutique dans les cas de maladie hypertensive. LABOUCARIE et BENAZET ont montré qu'en pratiquant des Chocs simples sous narcose barbiturique, on évitait la brutale élévation de la tension artérielle.

C) *Affections respiratoires*. La question se pose surtout pour la tuberculose pulmonaire. La forme caséuse et fébrile est toujours tenue par certains, pour une contre-indication formelle, alors que d'autres n'en tiennent pas compte. Les hémoptysies font surseoir à la convulsivothérapie qui a une action congestive. Mais avec les thérapeutiques actuelles, actives sur la tuberculose, la phtisie ne semble plus devoir être une contre-indication formelle.

D) *Affections endocriniennes*. Seule l'hyperthyroïdie est encore discutable.

E) *Affections nerveuses.* L'épilepsie et la maladie de Parkinson ne paraissent pas constituer des contre-indications. Il ne semble pas que des tumeurs aient été particulièrement aggravées; parfois même elles purent être découvertes à la suite de Chocs.

F) *Causes générales.* Les affections intercurrentes, les grossesses proches du terme, l'âge, les états cachectiques, peuvent faire discuter de l'opportunité de la sismothérapie. On les pratiquera s'ils sont indispensables, en prenant toutes les précautions nécessaires.

En définitive, actuellement, il semble qu'il n'y ait pas de contre-indications absolues, mais des contre-indications relatives ou temporaires. D'ailleurs, toute thérapeutique active comporte certains risques bénins ou graves, et s'abstenir peut être aussi néfaste qu'agir mal à propos. Il faut prendre une responsabilité et un risque légitimé par la situation pathologique, les chances d'amélioration ou de guérison.

CHAPITRE II

LES NEVROSES

Avant de discuter des indications respectives de la convulsivothérapie, au cours des différents syndromes névropathiques, il semble nécessaire d'envisager une classification de ces états mentaux morbides. Certes, elle ne sera pas absolue, car des éléments importants d'une névrose, la caractérisant presque, pourront se rencontrer au cours de l'évolution d'une autre. Par exemple, l'angoisse, qui, à l'état pur, constitue la « Névrose d'Angoisse », peut compliquer une psychasthénie ou une névrose obsessionnelle. On s'inspirera pour cette classification, de celle donnée par le Professeur HESNARD, à laquelle, quittant le plan doctrinal pour rester dans un domaine plus pratique, nous adjoindrons l'hypocondrie. Dans un dernier paragraphe, nous envisagerons la cyclothymie qui, dans ses formes mineures, peut simuler une psychonévrose.

I. — Syndromes neurasthéniques et psychasthéniques.

Ces syndromes, très voisins, diffèrent surtout en ce que les malaises physiques prédominent chez le neurasthénique, alors que les symptômes psychiques sont au premier plan chez le psychasthénique.

A) LA NEURASTHÉNIE. LES ÉTATS DÉPRESSIFS.

La neurasthénie, décrite en 1880 par BÉARD, a connu un succès retentissant. Aujourd'hui, elle est devenue relativement rare, certains auteurs ont même nié son existence. Elle est exceptionnellement constitutionnelle, mais elle se rencontre principalement chez des sujets prédisposés, ayant subi de

multiples traumatismes physiques ou affectifs. La neurasthénie se traduit par une sensation de fatigue intense, de lassitude, surtout corporelles et apparemment accidentelles.

Cette névrose est caractérisée par sa grande richesse en signes subjectifs, mais le sentiment de fatigue en est le plus important. Il prédomine le matin au réveil, diminue au cours de la journée, pouvant disparaître si le sujet est brusquement arraché à lui-même. Le reste de la symptomatologie est essentiellement variable : impressions céphaliques pénibles avec hypéresthésie du cuir chevelu, insomnies, troubles viscéraux divers, troubles génitaux (perte ou recrudescence de l'appétit sexuel), etc...

Sur le plan psychique, ces malades s'auto-analysent, leur sensibilité générale est excessive, la mémoire déficiente; ils sont abouliques, hyperémotifs. L'inquiétude et même l'anxiété peuvent compliquer ce tableau.

Du syndrome neurasthénique, nous rapprocherons les « Etats Dépressifs ». Très fréquents, ils consistent en un état anormal, reconnu par le malade, qui se traduit par une impression de manque de forces, avec désintérêt, et troubles de l'affectivité. Nous éliminerons les accidents dépressifs marquant le début d'une psychose, et nous distinguerons :

a) *Les états dépressifs exogènes ou réactionnels*. Dans ces cas, les malades font eux-mêmes le rapprochement entre leur état pathologique et la cause déclenchante : deuil, échec, changement de situation sociale, etc...

Ces troubles apparaissent dans un délai variable, parfois court, parfois long, après le choc émotif. Il y a souvent disproportion entre l'accident morbide et sa cause; ceci semble lié à la constitution du sujet (petit anxieux, psychasthénique). Le traumatisme psychique ne fait alors qu'exacerber les tendances naturelles de l'individu qui présentait, déjà avant, une note dépressive plus ou moins marquée.

b) *Les états dépressifs endogènes*. Ils apparaissent souvent rapidement, et un interrogatoire minutieux ne peut mettre en évidence une cause déclenchante. Le malade fait un accident dépressif apparemment immotivé, mais que sa constitution même pourra parfois expliquer. Des déséquilibres organiques (endocriniens en particulier) peuvent favoriser l'éclosion de ces

troubles. Une variété particulière de ces états dépressifs endogènes est l'état dépressif dit de « l'âge moyen » qui se manifeste chez la femme aux approches de la ménopause.

La gravité de tous ces accidents est variable. Elle va de la dépression simple aux formes les plus graves, proches parentes de la Mélancolie.

B) LA PSYCHASTHÉNIE.

Isolée et décrite en 1900 par P. JANET, elle est l'une des névroses les plus répandues. La psychasthénie est caractérisée par des troubles permanents et constitutionnels du caractère qui favorisent l'éclosion, dans la conscience de l'individu, d'impressions pénibles relatives à l'exercice de la pensée en général, et plus particulièrement dans ses rapports avec la réalité extérieure et sociale.

Dans cette névrose, on constate trois catégories de symptômes :

a) *Les troubles du caractère.* Le repliement du sujet sur lui, avec la tendance à l'isolement et à la rêverie, dominent la scène clinique. De plus, ces malades sont timides, scrupuleux, ayant tendance au doute morbide; très impressionnables, ils s'inquiètent maladivement de leurs fonctions corporelles. On remarque un infantilisme affectif avec alternance de l'humeur.

b) *Les sentiments psychasthéniques.* Ce sont :

- le sentiment d'incomplétude, impression subjective de manque de quelque chose;
- le sentiment d'incapacité ou d'impuissance, portant principalement sur la valeur intellectuelle. Il aboutit aux phobies d'action, aux obsessions de doute;
- le sentiment d'infériorité;
- le sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation. Ces impressions brèves ou ébauchées peuvent constituer une complication grave de cette maladie lorsqu'ils persistent. Tout apparaît au sujet comme hors de la réalité présente, y compris son propre corps.

c) *Les symptômes d'asthénie psychique.* Secondaires, ils résultent de l'épuisement du malade, qui lutte contre ses idées involontaires. La mémoire lui fait défaut, sa volonté devient déficiente; il en arrive à ne plus pouvoir entreprendre un acte délibéré et réfléchi.

A ce tableau peuvent s'adjoindre des troubles physiques fonctionnels, voisins de ceux de la neurasthénie.

Les phobies et les obsessions, ainsi que les tics et les réactions de défense, ne paraissent pas forcément dériver du syndrome psychasthénique. Ils sont épisodiques, pouvant cependant persister et constituer, sinon de vraies complications, du moins des manifestations secondaires.

La psychasthénie peut présenter des aspects variables selon les combinaisons respectives des divers symptômes. L'angoisse névropathique, sous ses diverses formes, peut s'associer à cette affection. C'est ainsi que le doute psychasthénique (base de la plupart des obsessions) renferme un germe d'angoisse. Réciproquement, la névrose anxieuse ne diffère guère de l'état psychasthénique que parce qu'elle réalise une angoisse plus pure et moins intellectualisée.

II. — La névrose d'angoisse.

Décrite par FREUD en 1895; elle est aussi nommée « Névrose d'Anxiété » par BRISSAUD. L'angoisse, qui est une manifestation fréquemment rencontrée dans nombre de syndromes névropathiques, réalise, à l'état isolé, cette névrose.

L'angoisse normale est la plus fréquente et la plus primitive de toutes les émotions humaines; elle traduit une réaction de l'instinct de conservation. Elle se manifeste normalement lorsque l'individu se trouve dans une situation critique. Utile, si elle est modérée, elle devient rapidement nuisible par les inhibitions ou les réactions inadéquates, qu'elle peut entraîner.

Parmi ses manifestations, nous distinguerons :

— l'inquiétude, sentiment d'insécurité avec énervement qui est justifié;

— l'anxiété, sentiment d'attente pénible, impression de menace inconnue, phénomène surtout psychique;

— l'angoisse, véritable paroxysme de l'anxiété, qui est une impression de mort possible, avec sensations corporelles intenses.

Pour cette névrose, on peut décrire deux catégories de faits :

A) LES SYNDROMES ANXIEUX AIGUS. Soit :

a) *La crise anxieuse*. Elle se caractérise par l'apparition sans raison évidente, chez un sujet, d'une impression pénible de menace quant à sa vie organique. Au cours de cette crise, le malade, préoccupé par cette peur immotivée, perd le contact avec le réel; il pourra parfois même réaliser un état voisin de celui de la confusion mentale. C'est pendant ces raptus anxieux que l'on peut observer des suicides en apparence inexplicables. Selon la prédominance de tel ou tel symptôme physique, on a décrit des crises anxieuses cardio-vasculaires, dyspnéiques, etc...

Cet accident, qui semble spontané, a pu cependant être précédé par une phase de nervosisme. Unique au début, l'accès anxieux pourra se répéter à plus ou moins brève échéance, pouvant même évoluer vers la chronicité.

b) *L'état panophobique*. Il réalise une sorte d'état de mal, où le sujet, d'humeur triste, a peur de tout et de rien. Cet état, incompatible avec toute vie sociale, entraîne souvent des « Phobies diffuses » qui pourront se transformer en « Phobies anxieuses » vraies.

B) LES SYNDROMES ANXIEUX CHRONIQUES.

Ils succèdent ou s'associent aux syndromes aigus. Les « Phobies anxieuses » naissent alors sur un terrain d'anxiété habituelle. Le malade, perpétuellement inquiet, cherche à justifier son état douloureux; une thématization se fait, souvent centrée sur un département de son organisme (une épine organique sera parfois retrouvée) pouvant ainsi conduire à l'hypocondrie anxieuse. La crainte et le doute, qui s'observent toujours chez l'anxieux, permettront la réalisation de « Phobies ».

Cette névrose d'angoisse apparaît essentiellement chez des

sujets prédisposés, pour lesquels on retrouve toujours les stigmates de la constitution émotive de DUPRÉ (émotivité, impressionnabilité, etc...).

III. — La névrose obsessionnelle.

Elle était autrefois appelée « folie du doute » (FALRET). L'obsession est un système de pensées, plus ou moins pénibles ou ridicules, dont le malade reconnaît jusqu'à un certain point la nature morbide et l'origine en lui-même, mais qui s'impose pourtant à lui de manière permanente, malgré tous ses efforts de volonté, en revêtant un caractère spécialement discordant, c'est-à-dire en désaccord avec le cours de ses pensées (HESNARD).

Au fond, l'obsédé n'est qu'un psychasthénique dont les sentiments morbides aboutissent à l'élaboration d'idées obsédantes, ou qu'un anxieux dont l'émotivité se spécialise selon un processus psychique particulier sur certaines craintes.

Lorsque l'obsession consiste avant tout en craintes, elle réalise les « Phobies Obsédantes » ; elles sont relativement fixes, permanentes et générales. Il est à remarquer que si l'obsession est l'idée d'un acte, elle n'est qu'une représentation restant dans le domaine de l'imagination, bien que le malade craigne toujours de l'exécuter. Les obsessions-impulsions avec réalisation, ne sont guère que le fait de pervers (sexuels en particulier) ou de schizophrènes débutants.

La teneur de l'obsession varie avec chaque sujet, et même avec les épisodes de son existence, bien que le contenu fondamental en soit toujours relativement monotone. A noter que plusieurs obsessions peuvent coexister.

Selon les caractères de l'obsession, on a pu séparer :

les obsessions diffuses, sorte de vague automatisme mental;

les obsessions systématisées, qui constituent un système de pensées fixe et monotone. Soit :

- Idées et phobies obsédantes, relatives à la santé, à la honte ou à la défiance de soi.
- Actes obsédants ou manies mentales, recherches obsédantes, cérémonial obsédant, actes ou tics de défense ou de conjuration;

les états obsédants associés.

Une symptomatologie physique peut accompagner cette névrose; dans ce cas elle est analogue à celle de la neurasthénie ou de la névrose d'angoisse.

Chez tous ces malades, on relève toujours à la base les signes d'une constitution soit anxieuse, soit psychasthénique. A l'apparition du syndrome obsédant l'état mental de ces malades s'exagère, et l'éclosion, puis l'extension de l'obsession, aggrave leur tendance naturelle à l'anxiété.

De ces obsessions, nous rapprocherons les « Tics », véritables obsessions du mouvement (PITRES et RÉGIS).

IV. — L'hypocondrie.

C'est pour rester sur un plan pratique, que nous la classerons à part. Elle est la préoccupation exagérée et non fondée de l'état de santé. Cette névrose exige, également, pour se développer, un terrain particulier, identique à celui des psychasthéniques, des anxieux ou des obsédés. C'est ainsi que l'on peut dire que l'hypocondriaque est un anxieux qui, sans raison, craint d'être malade. Pour A. DELMAS, un tel sujet ne serait qu'un délirant systématique paranoïaque. Nous distinguerons toutefois plusieurs degrés d'hypocondrie.

A) *L'hypocondrie simple.* Elle n'est que la préoccupation injustifiée du fonctionnement des divers organes, de la crainte d'être malade, fortifiée par l'élément anxieux.

B) *L'hypocondrie anxieuse* et l'hypocondrie obsessionnelle, qui sont rattachables aux deux précédentes névroses. Elles peuvent être considérées comme une cristallisation de l'anxiété ou de l'obsession sur un département de l'organisme.

C) *L'hypocondrie délirante.* Incompatible avec toute vie sociale, elle fait la liaison avec les psychopathies. Rencontrée principalement chez des mélancoliques, des persécutés, des délirants interprétatifs hypocondriaques, elle sort du cadre de cette étude.

V. — Les syndromes hystériques et pithiatiques.

Connus de longue date, ils ont été étudiés en particulier par CHARCOT et son Ecole, BERNHEIM, FREUD, BABINSKI, FROMENT, etc... De nombreuses définitions en ont été proposées; parmi celles-ci, nous ne retiendrons que celle de BABINSKI, qui, bien qu'imparfaite, est la plus classique.

« C'est un état psychique spécial se manifestant par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Les premiers ont pour caractère de pouvoir se reproduire avec une exactitude rigoureuse et de disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Les seconds sont étroitement subordonnés aux troubles primitifs, mais ils ne sont pas influencés par la suggestion. »

Actuellement, cette névrose est devenue beaucoup plus rare; toutefois, elle se rencontre encore avec une certaine fréquence dans le milieu militaire et chez les accidentés du travail (sinistrose). Parmi les causes déclenchantes de ces manifestations, on retrouve à peu près constamment une frustration affective.

Au point de vue clinique, on distingue plusieurs syndromes qui peuvent exister isolés ou plus ou moins intriqués; ce sont :

A) *Les syndromes paroxystiques.* Ils constituent la « grande attaque ». Ces crises sont annoncées par des prodromes; elles se traduisent par des manifestations pseudo-épileptiques, suivies d'une période de clownisme et d'une phase dite « d'attitudes passionnelles ». A côté de la forme majeure, il existe de petites crises constituées par un ou plusieurs éléments de la « grande attaque ».

B) *Les syndromes somatiques durables.* Ce sont surtout des troubles moteurs (paralysies, parésies, contractures, aphasie, etc...), sensitifs (anesthésies, hypéresthésies, etc...), parfois sensoriels.

A ces syndromes s'adjoignent très fréquemment des troubles vaso-moteurs.

Sur le plan psychique, on constate chez ces sujets un excès d'imagination plastique, dominant les autres troubles mentaux.

C'est cette mythoplastie qui aboutit à la réalisation des signes physiques banaux.

Cependant, avant de porter le diagnostic de pithiatisme ou d'hystérie, il importe d'éliminer toute cause organique. En effet, ce que l'on rencontre le plus, surtout actuellement, est « l'organo-pithiatisme »; dans ce cas, toute épine irritative (médicale, chirurgicale...) est le point de départ de troubles fonctionnels à majoration inconsciente.

Tous ces malades sont, en outre, susceptibles de faire de façon épisodique, en plus de leurs troubles somatiques, des accidents mentaux (états seconds, états somnambuliques, etc...).

VI. — La cyclothymie.

En fait, elle n'est pas une névrose, mais une constitution à manifestations tantôt dépressives, tantôt maniaques ou hypomaniaques, qui est rattachée au groupe des psychoses. Cependant, elle peut parfois, dans ses formes mineures, simuler un syndrome névropathique.

Dans ces cas, le diagnostic peut être hésitant, les phases intercalaires pouvant avoir une durée très longue. Seule l'évolution, c'est-à-dire le retour spontané vers un psychisme sensiblement normal et les rechutes à plus ou moins brève échéance, permet de le faire.

En effet, le déprimé cyclothymique peut se présenter comme un déprimé banal, réactionnel ou non. Il peut également faire penser à un anxieux, à un hypocondriaque, à un neurasthénique. A la cyclothymie peut se rattacher l'impuissance périodique, qui diffère toutefois de l'impuissance névropathique, par l'absence ou la faible participation de l'élément anxieux.

Dans de tels cas, il est bien difficile de juger de l'efficacité d'un traitement, le malade évoluant toujours en un temps variable vers une période intercalaire où il redevient, en apparence, lui-même.

Les phases hypomaniaques sont moins susceptibles d'égarer le diagnostic. On pourra cependant avoir à éliminer la cyclothymie en présence de certains syndromes névropathiques atypiques. Il faut également remarquer que la constitution

cyclothymique ne s'oppose pas à l'évolution d'une névrose surajoutée.

En définitive, cette classification des syndromes névropathiques n'est pas absolue et, d'autres auraient pu être proposées, mais celle-ci a l'avantage de rester clinique et pratique. Dans certains cas, il sera difficile d'étiqueter certains névropathes, les troubles présentés par eux ne constituant souvent pas des tableaux purs. L'anxiété qui, nous le verrons plus loin, joue un rôle important, quant à la décision thérapeutique, peut se manifester au cours de l'évolution de toute psychonévrose. C'est donc pour schématiser et faciliter la discussion des indications et des contre-indications de la convulsivothérapie par les courants électriques, que nous avons retenu cette classification. En fait, seule l'expérience clinique permet le diagnostic; l'intérêt du malade fixera la conduite thérapeutique à tenir.

CHAPITRE III

ELECTRO-CHOCES ET NEVROSES

Dans ce chapitre, nous envisagerons dans quelles conditions pourra être indiquée une cure par Electro-Chocs, selon le syndrome névropathique en cause.

Les névroses relèvent essentiellement de la psychothérapie, il faudra donc considérer la convulsivothérapie non pas comme une thérapeutique idéale de ces états, mais comme un traitement accessoire. Elle devra, par conséquent, être étroitement combinée à la psychothérapie. De plus, comme son action est remarquable sur l'angoisse, elle rendra souvent le malade plus accessible au raisonnement, l'anxiété ayant disparu, et facilitera sa rééducation. « Les thérapeutiques biologiques et les thérapeutiques psychologiques loin de s'opposer se complètent. » (DELAY).

Ce qui permet, en règle générale, de poser l'indication de sismothérapie, est la participation au syndrome névropathique d'une forte charge d'angoisse. Celle-ci peut intervenir dans toute psychonévrose et compliquer le tableau clinique. Si les Electro-Chocs ne constituent pas la médication essentielle de l'anxiété, il n'en est pas moins exact, qu'ils l'influencent favorablement, la réduisant parfois très rapidement.

I. — Neurasthénie - Etats dépressifs.

Dans les cas, fort rares, de neurasthénie constitutionnelle, la Convulsivothérapie ne trouve pas d'indications. Par contre, dans les syndromes neurasthéniques acquis, elle peut se discuter. Les résultats sont variables, mais dans l'ensemble peu intéressants; ils sont sensiblement analogues à ceux obtenus par

les traitements médicamenteux classiques. C. MARTIN et L. LEMIEUX obtiennent 12 % de guérisons, 37 % d'améliorations, contre 51 % d'échecs. Ces accidents sont d'ailleurs relativement bénins et ne posent pas un pronostic vital; ils ne paraissent donc pas devoir justifier une thérapeutique agressive. Ce n'est que dans certains cas où il y aura participation de l'angoisse névropathique, que l'on pourra être conduit à pratiquer quelques Electro-Chocs.

Par contre, les états dépressifs constituent une excellente indication, qu'ils soient endogènes ou réactionnels. Comme la mélancolie, dont ils sont proches parents, ils réagissent remarquablement aux thérapeutiques par chocs. Les succès se situent aux environs de 90 %. Cependant, l'application de ce traitement peut être rendue délicate par l'apparition, chez de tels malades, d'une panique invincible aux approches de la médication. C'est dans ces cas, rencontrés également aux cours d'autres névroses, qu'il y a intérêt à la pratiquer sous narcose barbiturique.

La majorité des auteurs est d'accord sur les bons résultats de la convulsivothérapie au cours de ces accidents. Toutefois, pour certains, les états de dépression profonde avec phase de courte durée ne nécessiteraient pas l'emploi de cette thérapeutique. Mais il paraît difficile de prévoir l'évolution de ces troubles, et parfois l'apparition d'idées de suicide, de refus d'alimentation, obligera à pratiquer une cure par Electro-Chocs.

Egalement, pour les dépressions endogènes, les résultats sont bons. Mais ils peuvent être médiocres ou nuls si l'accident dépressif est influencé par des facteurs organiques (sénilité, artério-sclérose, etc...). Cependant, pour certaines dépressions involutives, la convulsivothérapie peut être utilisée; elle peut apporter une rémission d'une durée variable (LOPEZ-IBOR).

Enfin, dans quelques cas de dépressions prolongées mitigées, dans des dépressions intermittentes, la convulsivothérapie peut également être indiquée. Il est à remarquer que pour tous ces accidents, il importe de pratiquer le plus rapidement possible après leurs débuts, la cure par Chocs. Sinon ils deviennent résistants, et ne cèdent que difficilement en un temps variable. Il semble qu'il y ait alors une phase de maturité thérapeutique, période qui doit être naturellement située aux confins ignorés de la fin spontanée de la maladie.

De toute façon, la convulsivothérapie par les courants électriques n'est pas une médication vitale, en ce qui concerne ces états (sauf s'il y a tentative de suicide), mais une indication humaine, le médecin devant toujours chercher à diminuer la souffrance, morale ou physique, du malade.

ETATS DEPRESSIFS

OBS. 1. — Kam... Stanislas. Sujet de 31 ans, d'origine polonaise rapatrié sanitaire d'Extrême-Orient le 28 novembre 1952. Il entre le 17 décembre suivant, dans le service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire Des Genettes.

Diagnostic d'entrée : Spasmophilie, instabilité neuro-végétative.

Malade sans antécédents pathologiques héréditaires et collatéraux. Il fut hospitalisé en Indo-Chine pour fatigue générale, toux quinteuse spasmodique, avec céphalées intermittentes accompagnées de vertiges et de phosphènes. A cette époque, il était inquiet, las, anorexique. De plus, il avait également présenté à diverses reprises des crises nerveuses non committiales, faisant suite aux céphalées. Ces accidents se manifestaient par une perte de conscience avec crispation de tout le corps, sans mouvements convulsifs, mais avec refroidissement généralisé, cyanose des membres et du visage.

L'examen clinique était négatif.

A son entrée dans le service, le malade se présente comme un déprimé, avec crises de larmes fréquentes, refus d'alimentation, faisant en outre des crises pithiatiques. Il avoue être préoccupé par des soucis matériels et familiaux; il est inquiet à la pensée de devoir rembourser le montant d'allocations familiales perçues à la fois en Indo-Chine et en France.

Diagnostic : Etat dépressif réactionnel avec surcharge pithiatique, légère imprégnation éthylique.

On institue un traitement par E. C. Au second, on constate une amélioration avec reprise de l'alimentation. Au 5^e le malade est considéré comme guéri; il quitte l'hôpital le 30 janvier 1953.

Revu après trois mois, il ne présentait plus aucun trouble. Il est déclaré inapte définitif aux T. O. E.; apte à terminer son engagement.

OBS. 2. — Ker... Claude, 36 ans, officier stagiaire de C. R. S. Entré à l'Hôpital avec le diagnostic : « Etat dépressif avec idées de persécutions ».

Dans les antécédents personnels de ce malade, on relève une constitution émotive, avec timidité, scrupules, doutes... A l'âge de 25 ans, il aurait déjà fait un accident dépressif analogue. Entré à 20 ans au Séminaire, au moment de recevoir les Ordres Majeurs, il est assailli de doutes et quitte cette voie.

Par la suite, il entre dans la police. Lors de ses fiançailles, il éprouve de grandes difficultés pour se décider à se marier.

En Juin 1953, il se surmène pour préparer un examen de fin de stage. Brusquement il devient triste, aboulé, apathique; il se replie sur lui-même. Des idées délirantes d'indignité, de persécution, ainsi qu'un refus d'alimentation, apparaissent.

Diagnostic : Etat dépressif réactionnel grave.

Un traitement par E. C. prolongés, précédés d'une injection de Nicyl intra-veineuse est institué. Après le 2^e Choc, il y a une légère amélioration avec reprise de l'alimentation, et disparition des idées délirantes.

Au 5^e, l'amélioration est telle que le malade quitte le service. Il part en convalescence le 1^{er} juillet 1953.

OBS. 3. — (6.934 F). Des... Jeanne, 43 ans, entrée le 25 septembre 1944 à l'Hôpital Edouard-Herriot. Elle est hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide au laudanum. Dans les antécédents personnels de cette malade, on note deux fausses-couches, et un épisode de Bacillose pulmonaire à 29 ans.

La malade avoue difficilement la cause de sa tentative de suicide. Sa fille l'accuse injustement d'être la maîtresse d'un de ses camarades à elle. Cette accusation imméritée la peine douloureusement, d'autant plus que divorcée, elle a eue une liaison connue de son enfant. En outre, elle est sans nouvelles de son fils F. F. I. après quelques hésitations elle se décide à se suicider en absorbant un flacon de laudanum.

Un traitement médical est d'abord institué pour cette dépression réactionnelle, mais il demeure sans effet. Une cure de 4 E. C. est alors pratiquée, et donne un résultat favorable, qui permet à la malade de quitter rapidement l'hôpital.

OBS. 4. — (8.679 F). — Mol... Jeanne, 45 ans, entrée à Grange-Blanche le 14 janvier 1947. Célibataire, bien qu'elle eut désiré se marier, elle est sans antécédent pathologique.

En Novembre 1946 à la suite d'une déception sentimentale, ainsi que d'ennuis dans son travail, des troubles subjectifs divers apparaissent. La malade se plaint d'avoir la tête lourde, de souffrir de céphalées occipitales. Fatiguée, elle est anxieuse, sent sa volonté diminuer; elle se croit absolument incapable d'accomplir des actes, qu'elle exécute cependant avec une certaine peine. Elle ne veut pas rester seule chez elle, et part vivre chez une amie. Elle explique raisonnablement ses troubles, et elle conserve son sens critique.

Diagnostic : Petit syndrome de dépression à 45 ans avec phobies d'impulsion.

Un traitement par 4 E. C. est pratiqué. L'anxiété disparaît alors, ainsi que les phobies d'impulsion. Seule l'asthénie, avec quelques maux physiques, subsiste : vertiges, battements céphaliques...

Elle sort de l'hôpital le 10 février 1947.

OBS. 5. — (11.053 F). Col... Marie, 56 ans. Hospitalisée à Grange-Blanche le 16 janvier 1950.

C'est à la suite de plusieurs décès survenus dans sa famille en 1942 que la malade s'est rendue compte que son caractère se modifiait. Elle devenait triste; ne dormait plus, perdait l'appétit. Cet épisode dépressif apparu en hiver, disparut au bout de l'été suivant. En 1948, elle fait un autre accident dépressif, ayant la même évolution cyclique, disparaissant lors de l'été. Mais depuis la fin septembre 1949, elle est fatiguée, indifférente à tout, malheureuse, ne dormant plus. Elle a envisagé de se détruire à plusieurs reprises.

Diagnostic : État dépressif conscient avec angoisse.

Après 6 E. C., la malade est très améliorée, l'angoisse a disparu, elle conserve encore quelques idées noires qu'elle parvient à chasser aisément.

Elle quitte l'hôpital le 11 mars 1950.

Ces quelques observations montrent comment les accidents dépressifs sont favorablement influencés par la convulsivothérapie. Par son action sur l'angoisse, elle soulage ces malades et favorise leur réconciliation avec la vie. Certes, les états dépressifs réactionnels, du fait qu'ils sont motivés, ne justifient pas toujours l'emploi de cette thérapeutique. Mais, parfois, à cause de la constitution même du malade, ils sont particulièrement graves (obs. 2) et on doit essayer de les abréger le plus possible.

II. — La psychasthénie.

Les accidents psychasthéniques relèvent avant tout d'une constitution particulière. Il en résulte que la sismothérapie ne semble pas devoir trouver d'indications pour cette névrose. Les résultats publiés par différents auteurs, qui tentèrent de traiter des psychasthéniques par Electro-Chocs, sont médiocres ou nuls. Parfois même, la convulsivothérapie a été néfaste, ayant aggravé ces malades. En effet, elle risque de favoriser le développement d'un syndrome de dépersonnalisation qui n'était qu'ébauché, ou de le faire naître (LOPEZ-IBOR). Cette complication est redoutable, car elle est particulièrement rebelle aux méthodes thérapeutiques. Il en résulte qu'une ébauche de sentiment de dépersonnalisation chez un psychasthénique, doit

faire rejeter tout traitement par Chocs. Bien entendu, il y a des cas particuliers, pour lesquels cette restriction n'interviendra point. C'est ainsi que HEUYER a publié un cas de guérison d'un jeune psychasthénique avec sentiment de dépersonnalisation et tendance au rationalisme morbide, par la convulsivothérapie.

Mais le psychasthénique, du fait même de sa constitution, a tendance à faire facilement des accidents de type dépressif. Dans ce cas, surtout lorsque la dépression est grave, on peut avoir à discuter l'opportunité de quelques Electro-Chocs. On les pratiquera, avec toutefois une certaine prudence, lorsque le tableau clinique sera sombre (obs. 7), la surcharge anxieuse importante.

Par contre, les phobies et les obsessions semblent peu influencées par cette thérapeutique. Ils cèdent, d'ailleurs relativement bien, aux narcoses barbituriques suivies de psychothérapie. L'angoisse peut cependant compliquer phobies et obsessions, et rendre le malade inaccessible à tout raisonnement. Ici, également, on pourra pratiquer quelques Chocs qui diminueront l'anxiété, mais le fond psychasthénique demeurera inchangé.

PSYCHASTHENIE

Obs. 6. — « Psychasthénie typique ».

Monsieur R..., chimiste, né en 1922, a eu une première enfance très calme. Depuis 1939, il s'est orienté comme technicien vers la chimie, sans diplôme d'ingénieur, car, malgré son application, ses études secondaires ont été plutôt difficiles.

Il était déjà déprimé au retour d'Allemagne en 1945, et il a recouru depuis ce temps-là à de nombreux spécialistes qui l'ont soigné d'abord par les neuro-toniques, ensuite par la psychothérapie selon la méthode Vittoz. Celle-ci a été appliquée plusieurs mois par une auxiliaire de psychologie, mais en 1948 devant l'échec de la méthode, on lui a proposé, sans conviction du reste des Electro-Chocs. Après deux Chocs, il se sentit délabré et, dit-il, a continué à s'affaiblir.

Il se marie en 1949 à une femme bien portante et active, mais dont le type physique et psychologique ne réalise pas, dit-il, l'harmonie nécessaire à son bonheur. Il s'agit là d'une de ces manifestations du sentiment d'incomplétude bien commun aux psychasthéniques. Il éprouve aussi un sentiment d'étrangeté et s'attarde toujours à l'analyse de ses actes comme à celle du fonctionnement de son organisme. Il éprouve ainsi des troubles cénesthésiques variés et toute une série de sensations négatives qui contrastent avec un état général satisfaisant et un poids de 75 kgs.

Ce sujet est ainsi suivi de trois en trois mois et soutenu par divers neurotoniques comme l'acide glutamique, l'acide nucléinique, la vitamine B 12. Le sommeil étant assuré par la prise intermittente d'Eunoctal, les conditions de travail favorables lui permettent de se maintenir relativement en forme.

Cette observation peut être considérée comme un échec de la Convulsivothérapie.

Obs. 7. — Paq... Georges, 20 ans. Entré à l'Hôpital Militaire Des Genettes le 6 octobre 1952 avec le diagnostic : « Psychasthénie, troubles de la mémoire et du sommeil ».

A son arrivée dans le service, le malade est dans un état de prostration accentué. L'interrogatoire est impossible, le sujet se réfugie dans un « mutisme douloureux ».

L'état général est médiocre, l'examen somatique demeure négatif.

D'après les renseignements fournis par la famille, on apprend que le malade est d'une nature renfermée et artiste (musicien). Il semble qu'un conflit affectif soit à l'origine de l'état actuel : le sujet, fiancé depuis six mois, se heurte à sa future belle-famille, qui ne voudrait pas d'un musicien pour gendre. On relève dans les antécédents de ce psychasthénique un complexe de frustration net dans l'enfance, une puberté difficile avec masturbations fréquentes, sentiments exagérés de culpabilité et d'infériorité.

Il semble qu'il s'agisse d'un accident dépressif réactionnel, survenant chez un psychasthénique constitutionnel, avec hallucinations visuelles; tendance au dédoublement de la personnalité.

Malgré cette dernière tendance, vu la gravité du cas (refus d'alimentation avec amaigrissement important), on pratique un E. C. qui amène une nette amélioration. On fait ensuite 4 autres E. C. et le malade pu quitter le service le 7 novembre 1952 très amélioré.

Revu un mois, puis deux, puis trois mois après, le comportement était normal, l'état général satisfaisant, seul le fond psychasthénique subsistait.

Obs. 8. — (6.779 F.). Mar... Raymonde, 46 ans. Hospitalisée à Grange-Blanche le 20 mars 1944.

Cette malade se plaint d'une douleur superficielle siégeant au sommet du thorax, apparue depuis trois mois. Elle est inquiète sans motif, et l'on porte le diagnostic d'anxiété chez une psychasthénique; tous les examens cliniques pratiqués sont demeurés négatifs. Après quelques jours de mise en observation, la malade devient triste, pleure facilement; elle est anxieuse et raconte des épisodes de mentisme obsédant; elle ne dort plus.

On pratique une cure de 5 E. C. qui réduisent l'angoisse, et font réapparaître le sommeil. Elle quitte l'hôpital le 5 avril 1944.

Jusqu'en Juin 1948, elle a mené une vie normale, mais brusquement

l'angoisse est revenue, elle est sans sommeil, a peur de la foule et craint de devenir folle.

Diagnostic : Récidive d'état dépressif conscient avec un certain degré d'anxiété et de phobies.

Après une nouvelle série de 5 E. C., l'état général s'améliore, l'appétit reprend, l'anxiété diminue. Elle regagne à nouveau sa famille, mais elle accuse alors une phobie des couteaux.

Revue en Mars 1949, elle a repris une activité régulière, les phobies ont diminué bien qu'elle craigne encore de devenir folle.

OBS. 9. — (6.857 F). Mad... Félicie, 49 ans. Entrée le 4 juillet 1944 à Grange-Blanche.

Diagnostic d'entrée : « Etat panophobique obsédant remontant à deux mois, sur un fond de doute, de scrupules avec méticulosité bien antérieure à ce paroxysme. Spécificité datant de 25 ans, bien traitée mais à vérifier ».

En dehors d'une spécificité correctement traitée, on ne trouve chez cette malade aucun accident pathologique. Elle a un fils cliniquement et sérologiquement indemne.

Au début de l'hiver 43-44, elle emprunte un stylo, lorsqu'elle songe soudain que cet objet a pu être souillé par son propriétaire. Au mois de Mai, elle se persuade que tout objet pouvant être porté à la bouche est nécessairement souillé. Rapidement elle a peur de tout; il lui faut en permanence quelqu'un auprès d'elle pour la rassurer. En plus, elle devient anxieuse et fait des paroxysmes angoissants; ces malaises se manifestent lors de l'éclosion de chaque obsession. Elle ne dort pas, et refuse de faire le traitement par piqûres, qui lui avait été prescrit, de crainte que les aiguilles soient insuffisamment stérilisées.

Diagnostic : Psychasthénique constitutionnelle obsédée, avec paroxysmes anxieux.

Après 2 E. C., la malade se sent mieux, elle est moins anxieuse. Lorsqu'elle quitte l'hôpital, l'angoisse a disparu, quelques obsessions subsistent encore, mais moins intenses et moins prolongées.

OBS. 10. — (7.587 F.). Pic... Yvonne, 40 ans, hospitalisée à Grange-Blanche pour état anxieux avec nosophobie le 15 février 1946.

Dans les antécédents personnels de la malade, on relève une blennorragie qui nécessita en 1945 une salpingo-ovariectomie.

Depuis un an environ, à la suite d'accusations injustifiées émises par son mari, elle craint d'être syphilitique. Elle ne s'était d'ailleurs jamais entendue avec son mari, et ce dernier l'a quittée il y a un an. Depuis elle est triste, inquiète, malgré la négativité de tous les examens qui lui ont été faits. Elle se plaint de céphalées fronto-temporales permanentes avec vertiges, baisse de l'acuité visuelle; hyperémotive, elle ne trouve plus le sommeil. A différentes reprises, elle aurait voulu se suicider.

Diagnostic : Obsessions et phobies chez une psychasthénique constitutionnelle.

Quelques E. C. pratiqués améliorèrent la malade et lui permirent de retourner chez elle le 13 mars.

On peut déduire de tout ceci, que si la Convulsivothérapie n'est pas particulièrement indiquée au cours des syndromes psychasthéniques, elle n'en agit pas moins avec succès sur certains accidents. Les troubles dépressifs, l'angoisse, survenant chez de tels malades, leur rendant toute vie sociale impossible, sont favorablement influencés. Au contraire, les obsessions et les phobies sont peu influencées par l'Electro-Chocthérapie. Mais cette dernière, en diminuant l'élément anxieux, qui leur est généralement adjoint, les rend supportables, moins intenses et moins prolongées (obs. 8, 9) ; par la suite, ils céderont avec plus de facilité à la psychothérapie. Enfin, si une ébauche de sentiment de dépersonnalisation doit faire rejeter cette méthode thérapeutique, dans certains cas particulièrement sévères, elle pourra se justifier et avoir de bons résultats (obs. 7, 12, 13), malgré les risques d'une éventuelle aggravation.

III. — La névrose d'angoisse.

L'angoisse névropathique constitue certainement la meilleure indication thérapeutique de Convulsivothérapie par les courants électriques ; elle la diminue aisément et entraîne une rapide guérison. Précédemment, nous avons vu que l'anxiété, qui complétait d'autres névroses, disparaissait facilement sous l'influence de quelques Chocs ; il en est de même lorsque, isolée, elle constitue un syndrome.

Cependant, la névrose d'angoisse, selon les conceptions classiques, ne relève pas des thérapeutiques par Chocs, mais de la psychothérapie, en particulier de la psychothérapie psychanalytique. En fait, pratiquement, la sismothérapie calme l'hyperthymie anxieuse et ne l'exagère qu'exceptionnellement. Ici aussi, lorsque l'angoisse rend difficile l'application des Electro-Chocs, il y aura intérêt à les pratiquer sous narcose barbiturique. Pour cette névrose, comme pour les autres, il faut remarquer que les résultats sont moins bons, plus la maladie est ancienne.

Nous envisagerons dans quelles conditions cette thérapeutique peut être utilisée selon les diverses manifestations de la psychonévrose anxieuse.

A) *La crise anxieuse*. Elle est favorablement influencée par les Chocs. Mais il semble difficile, parfois, de les pratiquer, car elle peut être isolée, et d'apparition imprévisible. Ce ne sera que dans quelques cas où le paroxysme angoissant est précédé d'une phase de nervosisme avec fond d'anxiété, qu'ils peuvent être appliqués. En fait, l'évolution et l'intérêt du malade justifieront ou non l'emploi de la Sismothérapie (cf. Obs. 17).

B) *L'état panophobique*. Réalisant un véritable état de mal, incompatible avec toute activité sociale, c'est ici que les Electro-Chocs trouvent leur meilleure indication. Ils modifient rapidement et aisément ces accidents; ils favorisent la psychothérapie, et facilitent la réadaptation du malade.

C) *Les syndromes anxieux chroniques*. Plus ils sont anciens, plus ils cèdent difficilement aux Electro-Chocs. Cependant, l'association Convulsivothérapie et Psychothérapie permet d'obtenir également de bons résultats. Les Chocs calment l'hyperthymie douloureuse génératrice d'idées délirantes et facilitent la rééducation de ces sujets.

NEVROSE D'ANGOISSE

OBS. 11. — « Paroxysme anxieux au cours d'une névrose ancienne ».

Madame C... Renée est née en 1909 d'une mère sujette à l'insomnie, à l'angoisse et à l'aérophagie, d'un père mort à 62 ans d'angor pectoris.

Son adolescence a été marquée par des crises d'asthme, des poussées d'urticaire et des manifestations névropathiques précoces : phobies et scrupules.

Mariée à 23 ans, elle a un fils vivant. Abandonnée par son mari au bout de deux ans, elle fournit un gros effort pour élever son fils et occupe un poste important de secrétaire dans un bureau d'études. Elle reste toujours hyperémotive, inquiète, et dix jours avant ses règles ne dort plus sans barbiturique.

En 1948 et 1949, on calme son irritabilité caractérielle et son anxiété avec « Sed'hormone et Sédatonyl ».

En Novembre 1950, son angoisse revêt une allure paroxystique, elle a peur de devenir folle, bien qu'elle n'éprouve que des satisfactions à son bureau, calmée par le « Bellergal ».

En Mars 1952, prurit traité par l'auto-hémothérapie qui provoque une euphorie manifeste. Puis elle traverse une nouvelle phase dépressive avec amaigrissement, tachycardie, troubles vaso-moteurs et pleurs.

Une saison à Divonne en Août est suivie d'une reprise de poids. Le Docteur B. fait une excellente psychothérapie, mais pose devant cette forme de névrose une contre-indication pour les Chocs.

Peu après son retour, malgré l'amélioration de l'état général, l'angoisse devient telle qu'elle interdit toute l'occupation suivie. Elle s'accompagne de douleur morale sine materia et évidemment d'insomnies.

En Novembre, elle fait un séjour à Saint-Vincent de Paul et subit 6 E. C. La liquidation de l'angoisse apparaît alors manifeste et durable. L'insomnie relative n'a pas tout à fait cédée à sa sortie; mais la malade est capable de reprendre son travail le 20 décembre.

OBS. 12. — « Névrose d'angoisse traitée avec succès par les Electro-Chocs, malgré le sentiment de dépersonnalisation ».

Madame D... née en 1913, père hyperémotif mais actif, mère équilibrée.

Première enfance normale. Au cours de la seconde enfance : terreurs nocturnes, peur de l'obscurité; études secondaires brillantes; sujet cultivé.

Elle se fiança à 21 ans, et se maria à un conjoint compréhensif. Le mariage fut heureux, elle eut six enfants. Elle présenta une activité peut-être excessive, mais qui chez cette hyperémotive, constitua un dérivatif à l'angoisse; petite phase de paroxysme avant les règles avec pleurs sans raison, troubles du sommeil.

En fin d'été 1952, un séjour sur la Côte Méditerranéenne paraît avoir déterminé de l'insomnie et une exacerbation considérable de l'angoisse névropathique. C'est d'une part la phobie de toutes les maladies possibles et inimaginables, de l'autre des crises anxieuses sine materia qui la font appeler au secours et qui empêchent toute vie familiale.

Séjour en Novembre et Décembre 1952 dans une Clinique Médicale pour obtenir le calme et le sommeil par des moyens médicamenteux d'abord. Mais la persistance de l'angoisse, sans auto-accusation, incite à entreprendre une cure par E. C. à raison de deux Chocs par semaine. Bien que mal supportés et suscitant une véritable terreur (on les déclenche sous narcose barbiturique), ils entraînent certainement une sédation de l'angoisse et une amélioration du sommeil. On ne peut effectuer que 5 Chocs, car ils provoquent l'apparition d'un sentiment de dépersonnalisation au réveil, et qui laisse à la malade une impression singulièrement redoutable (cf. observations de LOPEZ-IBOR).

Dans la suite, l'état s'améliore progressivement grâce à la psychothérapie quotidienne, à la Papavérine, à la Vériane prise le soir.

Retour en famille dès le 25 décembre, reprise d'une vie normale.

OBS. 13. — « Syndrome névropathique anxieux chez une rurale à tendance majoratrice accusant surtout un sentiment de dépersonnalisation ».

Madame B... Aimée, née en 1929, est originaire d'une commune rurale de l'Ain. Sa mère a toujours été considérée comme une hyperthyroïdienne. Jamais d'épisodes convulsifs; réglée à 14 ans, depuis très irrégulièrement.

Les incidents névrotiques, qui eurent lieu en 1948, furent mis sur le compte d'un dysfonctionnement ovarien et traités, sans résultats, par le Benzo-Gynœstryl et le Distilbène. Il faut remarquer que depuis longtemps, les premiers jours des règles sont marqués par des douleurs épigastriques, des vomissements et un léger mouvement de température.

Dans l'intervalle, cette jeune fille, gâtée, très choyée par ses parents, fait des manifestations de névrose d'angoisse et des crises théâtrales en famille. Il lui arrive de travailler toute la journée en dehors, de se montrer gaie et de faire preuve au retour de tristesse profonde avec crises de larmes. Son état psycho-affectif contraste avec sa belle mine.

Interrogée longuement, elle accuse surtout avec de fausses crises angineuses toute une série de sensations négatives qui lui font exprimer un sentiment assez précis de dépersonnalisation. Elle s'estime différente des autres, différente de ce qu'elle était auparavant par sa façon de ressentir les joies et les peines de l'existence; elle en est véritablement désespérée. Elle ne peut analyser cet état devant sa famille, c'est pourquoi elle attire avec tant d'insistance l'attention sur ses troubles neuro-végétatifs, en particulier à la période pré-menstruelle. Elle cherche en quelque sorte, en en majorant certainement les symptômes, une base organique à ses troubles surtout d'ordre psycho-affectif.

Elle passe ainsi 24 jours à la Clinique Neurologique en Mai 1948. De retour dans sa famille, la recrudescence de l'état anxieux fait décider d'un séjour à la clinique St-Vincent-de-Paul. Après consultation avec le Dr. C., médecin traitant, on décide d'une cure de Chocs, malgré le sentiment de dépersonnalisation. En fait, 6 E. C. bien supportés atténuent l'angoisse au point de faire considérer la malade comme rétablie. Elle n'a pas été impressionnée par le réveil quelque peu confus.

On apprend par la suite qu'elle se fiance et se marie dès 1949. Après une bonne période et la diversion qu'a provoqué son changement de vie, le tempérament anxieux se manifeste encore par une certaine agoraphobie et la crainte de circuler seule. C'est pourquoi elle sollicite, sans succès du reste, l'admission au régime de l'invalidité de la Sécurité Sociale.

Obs. 14. — (9.663 F). Bel... Marie, 48 ans. Entrée le 25 juillet 1949 à Grange-Blanche.

A la suite d'un épisode grippal survenu en Janvier 49, suivi d'une longue convalescence, la malade sent son caractère devenir « bizarre ». Un jour, elle prend brusquement peur, et elle rentre chez elle. Elle présente alors des tremblements, éprouve une sensation de striction thoracique et de boule dans la gorge. Ces paroxysmes angoissants se reproduisirent trois fois dans la même semaine. Puis elle se plaint d'avoir

des idées noires, elle désire mourir (sans tentative), en même temps qu'elle redoute la mort, des phobies diverses apparaissent par la suite; c'est ainsi qu'elle fait cacher par son fils les médicaments qui lui ont été ordonnés, craignant de les boire tout d'un coup.

Diagnostic : Névrose d'angoisse et phobies.

Cette malade traitée par 4 E. C. a vu son angoisse disparaître, mais les phobies persistent. Un traitement médical complémentaire améliore petit à petit la malade qui put regagner sa famille le 6 août.

OBS. 15. — (9.368 F). Nav... Claudine, 56 ans, hospitalisée à Grange-Blanche le 15 décembre 1948.

Dans les antécédents personnels de cette malade, on retrouve un épisode dépressif lors de la mort de son mari en 1936. Depuis, elle a toujours vécu dans des conditions matérielles précaires.

Depuis environ un an, elle se sent fatiguée, sans appétit. Elle dut abandonner son travail; elle ne désire plus sortir de chez elle. Au mois d'Avril, elle fit des crises névropathiques. Par la suite à l'anxiété s'ajoutèrent des phobies (peur des couteaux, du gaz, de tout ce qui est dangereux). Elle doute d'elle, et conserve son sens critique.

Devant la recrudescence du syndrome anxieux, 2 E. C. sont pratiqués. Après le second, elle se plaint d'être aggravée, et refuse tout nouveau Choc. Rapidement elle s'améliore et, peu après, sort définitivement de l'hôpital le 17 février 1944.

OBS. 16. — (7.100 F). Mil... Antoinette, 48 ans, hospitalisée le 15 décembre 1944.

L'affection aurait débutée en 1942 par un épisode dépressif de six semaines. Cet accident a été déclenché par une aventure sentimentale, platonique et sans suite, du reste connue de son mari. Depuis cette époque, elle est morose; scrupuleuse, elle craint de ne pas apporter de bonheur aux siens. Elle a bien quelques ennuis matériels, mais elle est surtout inquiète sans raison réelle; elle pense à se détruire, et c'est une tentative manquée de suicide, qui motiva son hospitalisation. On porte le diagnostic « d'anxiété avec tendance au Bovarysme ».

A la suite de quelques E. C., la malade devient euphorique, l'anxiété et l'aboulie ont disparus, elle envisage avec joie le retour dans sa famille. Elle sort le 4 janvier 1945.

Elle revient à nouveau dans le service le 5 février 1945 à la suite de la reprise des idées noires et de l'aboulie. L'anxiété et les phénomènes d'angoisse dominant. De nouveaux Chocs font disparaître l'anxiété, un petit état d'euphorie lui succède. Un traitement médical est prescrit et la malade sortit à nouveau de l'hôpital le 1^{er} mars 1945.

Revue en Juillet, l'amélioration avait disparue, un traitement médical est à nouveau ordonné.

OBS. 17. — Ber... Adrien, 46 ans, chauffeur. Entré le 1^{er} juillet 1952 à l'hôpital militaire Des Genettes.

Dans les antécédents héréditaires du malade, on note un père décédé à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier, après un internement de neuf ans.

Depuis cinq ans, le malade se plaint de devenir « nerveux », de s'inquiéter facilement et souvent sans raison valable. En Février 1953, il maigrit de 6 kgs, se sent mal à l'aise, et fait à plusieurs reprises des crises anxieuses, avec gêne rétrosternale. Cet état demeure stationnaire jusqu'au 15 juin. A ce moment, il a l'impression d'être un ennui pour sa femme malade (traitée pour cardiopathie), de la rendre malheureuse. Au cours d'un raptus anxieux, il absorbe un flacon de Digitaline; pris de vomissements, il est conduit à l'hôpital de sa ville, où il reçoit les premiers soins, puis ensuite envoyé dans le service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire.

A son entrée, le malade est calme, mais anxieux. L'examen clinique montre une inégalité pupillaire, mais tous les examens spécifiques demeurèrent négatifs.

En présence de cet état anxieux persistant depuis plusieurs mois, on est conduit à discuter de l'opportunité de Chocs. Toutefois, on laisse le malade sous surveillance, avec un traitement médical (Laudanum, Calcibronat).

Petit à petit, le fond anxieux diminue. L'appétit réapparaît, l'état général se relève, et le malade rentre chez lui, en convalescence, le 24 juillet.

Revu un mois après, le malade peut être considéré comme guéri; il reprend son travail.

On voit donc que les Electro-Chocs influencent favorablement les états anxieux, surtout lorsqu'ils sont récents. Parfois, ils entraînent un accroissement de l'anxiété, mais il semble que cet effet soit transitoire; il ne doit pas être considéré comme une aggravation. Egalement dans quelques cas, un état euphorique réactionnel succède à l'angoisse, mais il n'est que temporaire. La Convulsivothérapie n'apporte pas toujours la guérison, aussi faut-il la compléter par les traitements médicamenteux classiques et par la psychothérapie. Enfin, en présence de raptus anxieux isolé, survenant sur un terrain d'anxiété d'apparition récente, on peut hésiter à pratiquer des Chocs. C'est l'évolution qui permet alors de poser ou non l'indication de cette thérapeutique.

IV. — La névrose obsessionnelle.

Dans les précédentes observations, l'on a vu que la Sismothérapie influençait peu les phobies et les obsessions. La névrose obsessionnelle, qui survient principalement sur une constitution anxieuse ou psychasténique, relève avant tout de la psychothérapie et de la rééducation de la volonté. Mais dans quelques cas, les obsessions sont aggravées par l'apparition d'un important élément d'anxiété (Obs. 19-20). C'est alors que l'opportunité de quelques Chocs se discute. Il en est de même lorsque l'intensité de l'obsession est telle qu'elle rend toute vie sociale impossible.

Cependant, KALINOWSKI prétend que si l'anxiété prédomine, il faut employer la psychothérapie; par contre, KORSON propose une série d'Electro-Chocs intensifs, faisant suite à de nombreuses séances de narcosynthèse.

MARTIN et LEMIEUX ont constaté que dans les obsessions, les états obsédants mixtes, les phobies, les succès de la Convulsivothérapie sont relativement peu satisfaisants (0 à 25 % de guérisons ou d'améliorations pour 40 % d'échecs complets). Mais si le résultat doit être favorable, il l'est rapidement; plus l'affection est ancienne, moins il est bon.

OSMAN avait aussi remarqué que les obsessions à caractère intermittent étaient favorablement influencées, et cela beaucoup plus dans les cas d'hyperthymie que d'hypothymie.

Les Chocs paraissent pouvoir être indiqués lorsque l'obsession empêche toute activité. Comme toujours, ils diminuent l'appoint anxieux, ils rendent les malades plus accessibles à la psychothérapie qui conserve toute sa valeur. Dans des cas très graves de névrose obsessionnelles, on peut même envisager les Chocs par sommation. A la faveur de la confusion mentale ainsi obtenue, le sujet sera rééduqué grâce à une psychothérapie attentive et suivie.

Il convient encore de signaler qu'il existe tout un groupe de malades, chez lesquels les obsessions apparaissent sur un fond anxieux d'évolution périodique, provenant d'une perturbation de la vitalité. De ce fait, ces états, voisins des états dépressifs endogènes, sont accessibles aux thérapeutiques par Chocs (LOPEZ-IBOR).

Par conséquent, il y aura des cas d'espèces où la Convulsivothérapie trouvera son emploi. Il semble préférable de traiter les syndromes obsessionnels, en premier lieu par la psychothérapie. En cas d'échec, on l'associera aux Electro-Chocs.

NEVROSE OBSESSIONNELLE

OBS. 18. — (7.473 F). Pre... Marguerite, 42 ans, entrée à Grange-Blanche le 29 novembre 1945.

Dans les antécédents collatéraux et personnels de cette malade, on relève : une sœur jumelle qui présenterait des troubles analogues, un mari décédé des suites de la guerre de 1914; elle a toujours été « nerveuse », s'irritant facilement. Cette malade depuis environ six mois présente une obsession du contact masculin. Sténo-dactylo, elle ne peut plus supporter pendant son travail le voisinage et l'approche des employés hommes. Elle ne veut pas toucher les objets qui auraient pu être touchés par des personnes de sexe mâle. Elle ne veut plus sortir, et dès qu'un homme l'approche, elle court se laver. Malgré ses troubles, elle conserve son sens critique, mais elle ne parvient pas à résister à l'obsession.

Après une série de 6 E. C., elle est quelque peu améliorée, se lavant moins souvent. L'obsession n'a pas disparu, mais elle est devenue supportable, et la malade peut reprendre une vie en apparence normale. Le 14 décembre, elle quitte l'hôpital. Elle recommence à travailler en fin Janvier 1946.

OBS. 19. — Pa... Vincent, 21 ans. Malade sans antécédents pathologiques. En Juillet 1952, à la suite d'un rapport avec une fille douteuse, alors qu'il était en état d'ébriété, le sujet craint d'avoir contracté une maladie vénérienne. Malgré les examens rassurants des médecins, les préoccupations hypocondriaques s'accroissent; il a l'impression que sa verge s'allonge et se rétrécit plus que de normal, que ses testicules remontent ou se mettent en travers... Il est à remarquer que malgré l'absurdité des propos, il ne s'agit pas d'un débile. Il fit ensuite un épisode confusionnel, avec crises de larmes. Hospitalisé au « Centre Psychothérapique de Nancy », un traitement par E. C. fut institué. A la suite de cette thérapeutique, l'obsession semble avoir diminuée, mais il y a une amnésie antérograde associée à un léger degré de confusion.

Le malade est ensuite envoyé à l'Hôpital Militaire Des Genettes où il entre en Décembre 1952. A ce moment, il n'y a pas d'anxiété, il existe encore quelques éléments obsédants, mais qui cèdent rapidement après une visite (à titre psychothérapique) en dermato-vénérologie.

Revu deux mois plus tard, le comportement était sensiblement normal. Par la suite, rendu à la vie civile, il a pu reprendre son travail.

OBS. 20. — « Anxiété d'équilibration ayant évoluée vers l'obsession phobie ».

Madame P..., née en 1910, soignée depuis 1944, père et mère vivants, lui original avec tendances hypocondriaques.

Première enfance normale, tendance aux vomissements; impressionnabilité extrême, troubles caractériels frappant durant la seconde enfance et l'adolescence.

A 21 ans, sur fond d'impressionnabilité, premières manifestations de névrose d'angoisse avec crise aérophagique.

Mariée à 22 ans, grossesses bien supportées, mais pendant l'allaitement, manifestations d'anxiété, d'équilibration et agoraphobie. Ces symptômes ont tendance à s'accroître après chaque naissance. On réussit cependant à combattre ces symptômes pénibles par les neurotoniques habituels : Vitamine B, Hépatrol injectable, Doloma.

Après la 6^e grossesse, l'agoraphobie revêt une allure telle que la malade ne peut plus circuler seule à pied, même à bicyclette, ce qui avait été jusqu'ici son grand secours. Devant son désarroi et l'impossibilité où elle se trouve de diriger sa maison, qui comprend plusieurs enfants particulièrement pénibles, on décide une cure d'isolement. Pour combattre cette obsession, on pratique en Juillet 1947 une série de 10 E. C. par sommation, parfois à raison de deux par jours. Il en résulte une confusion et une amnésie profonde, à tel point que la malade ne reconnaît pas la photographie de ses deux derniers enfants. On la confie dès lors à une auxiliaire de psychologie qui ne la quittera pas durant un mois et la rééduquera pour lui permettre de reprendre la vie de famille.

Le résultat de cette cure a été, somme toute, favorable, bien que par la suite, la malade ait conservé une tendance à l'anxiété d'équilibration, et soit toujours considérée par sa famille comme une névropathe anxieuse.

OBS. 21. — « Obsession phobie de la folie. Etat subintrant ».

Monsieur V... A, né en 1926 de mère certainement névropathe et de père, cafetier, décédé d'ictus à 62 ans.

Il semble que l'enfance et l'adolescence aient été normales. Le service militaire, dans le Génie, s'est bien passé.

Le premier accident anxieux a lieu en 1948, peu après le mariage. Voyageant dans un car, il a éprouvé une bouffée vaso-motrice qui s'est accompagnée de la phobie de frapper le voyageur placé devant lui.

Ces mêmes états paroxystiques se sont reproduits souvent au point de devenir subintrants. Il a peur de traverser les ponts, de se jeter par les fenêtres, de se précipiter dans la cage d'escalier; ce qui traduit sa crainte obsédante de perdre la raison et d'avoir le comportement antisocial d'un aliéné : il a peur de l'hôpital et d'un transfert à Bron.

Il lui a été fait en Novembre 1951 quatre Electro-Chocs ambulatoires. Il se dit nettement aggravé depuis, fortement impressionné par la confusion mentale consécutive au choc. La psychothérapie par Nar-

cose l'apaise, lui fait reprendre confiance dans une certaine mesure et lui permet de tenir son emploi de mécanicien de précision, à cette condition qu'il traversera Lyon en vélo Solex pour se rendre à son travail. Il ne pourrait pas encore passer les ponts de la Saône et du Rhône sans recourir à ce véhicule. C'est donc surtout un anxieux, douteur et impatient, que l'on redoute de voir évoluer vers l'obsession phobie. Le rôle de son épouse qui se conforme aux conseils médicaux lui permet cependant de mener une vie professionnelle et familiale en apparence normale.

La cure par Chocs ambulatoires s'est soldée par un échec complet.

Obs. 22. — Névrose obsessionnelle traitée par Chocs à la demande expresse de la malade.

Madame G... née en 1912, employée des P. T. T. jusqu'à son mariage qui a lieu seulement à 34 ans, a toujours été une scrupuleuse et une anxieuse hyperémotive. Pendant ses fiançailles même, elle était en proie à des tourments impressionnants qui valaient des coups de téléphone à son fiancé.

Depuis le début de sa vie conjugale, elle eut 3 grossesses pratiquement bien supportées; mais ses soucis de maîtresse de maison lui apparaissent singulièrement lourds par suite de scrupules qui la tourmentent et l'obsèdent pour toute décision comme pour toute action banale.

Une déception profonde au cours de la dernière grossesse a donné lieu à une poussée réactionnelle de névrose anxieuse qui a fait prendre la décision d'isolement en Clinique de quelques semaines. On a pu rétablir le sommeil.

Après l'accouchement, l'enfant est placé dans un Home pour quelques semaines. Lorsque la tristesse et l'anxiété sont calmées, en Mai 1952, la malade reprend sa vie au foyer familial, mais elle se trouve en présence de mêmes difficultés encore accrues par le fait de sa tendance au doute et aux scrupules. Par de longues lettres, elle essaye d'exprimer au médecin et au directeur de conscience la multiplicité de ses obsessions et scrupules qui la hantent continuellement.

C'est un prêtre qui lui conseille une cure de Chocs. Elle demande même une cure ambulatoire à l'insu de son mari. On effectue 6 E. C. parfaitement supportés sans état confusionnel. Il ne semble pas que le résultat immédiat ait été favorable, mais le médecin n'a pas été peu surpris d'apprendre au bout de 2 mois qu'une transformation heureuse s'était produite dans le comportement de cette malade, et qu'elle faisait preuve d'un esprit de décision, d'une activité et d'une autorité qui paraissaient jusqu'ici lui faire défaut.

Doit-on mettre ce résultat à l'actif des Chocs - Ce n'est pas absolument certain. Dans cette névrose d'obsession, l'influence psychothérapique d'une guérisseuse a peut-être joué, pour un temps le rôle le plus effectif.

En conclusion, la Convulsivothérapie, en ce qui concerne les états obsessionnels, ne donne que de médiocres résultats.

Ce ne sera que dans des cas graves, soit par l'importance de l'élément anxiété, soit par le degré de l'obsession, rendant la vie impossible à ces malades, que l'on envisagera cette thérapeutique. Diminuant l'angoisse, elle facilite la psychothérapie, qui conserve toujours toute sa valeur. La confusion mentale qu'entraîne parfois les Chocs, peut être favorable à la guérison des accidents obsédants (Obs. 19).

V. — L'hypocondrie.

Il semble qu'il convienne d'être très prudent, en ce qui concerne les indications des thérapeutiques par Chocs au cours de l'hypocondrie. On risque, en effet, de favoriser, par un processus psychogénétique particulier, chez de tels malades, la fixation de leurs tendances morbides. D'ailleurs, les résultats donnés à ce sujet par différents auteurs sont peu satisfaisants.

MARTIN et LEMIEUX obtiennent 12,5 % de guérisons et 56,3 % d'échecs, les 31,2 % restants n'ayant eu que de légères améliorations. Ils ont, en outre, remarqué que de longues séries d'Electro-Chocs, faites chez ces malades, pouvaient entraîner une aggravation.

Parfois, la Convulsivothérapie apportera une amélioration à un syndrome hypocondriaque. Mais c'est surtout l'hypocondrie anxieuse, ou plus exactement la cristallisation de l'anxiété sur un département de l'organisme (Obs. 23), qui peut obtenir un bénéfice de cette thérapeutique.

HYPOCONDRIE

OBS. 23. — (9.056 F). Gui... Marguerite, 48 ans, entrée le 10 août 1948 à Grange-Blanche.

Dans les antécédents personnels de la malade, on trouve : deux curetages et une ovariectomie unilatérale à 33 ans. Depuis quelques mois, elle se plaint de troubles digestifs divers et imprécis; ils seraient apparus en même temps qu'une situation matérielle précaire. La malade, très anxieuse, affirme d'ailleurs que la gêne matérielle est cause de son état. L'anxiété est évidente, elle pleure sans cesse, les préoccupations morales sont au moins aussi importantes que les préoccupations hypocondriaques : elle ne digère plus, son estomac est descendu, elle ne va plus à la selle, etc...

Diagnostic : Syndrome anxieux à forme hypocondriaque.

Une cure par E. C. apporte une rémission complète de l'anxiété, quelques préoccupations hypocondriaques peu marquées persistent encore. La malade peut regagner ses foyers le 10 septembre 1948.

Obs. 24. — (6.740 F). Coq... Antoinette, 51 ans. Hospitalisée le 4 février 1944 à Grange-Blanche.

Opérée récemment pour une subocclusion, elle a fait ensuite une phlébite. En fait les troubles hypocondriaques remontent à plusieurs années. Elle se plaint de douleurs siégeant à la base de l'hémithorax gauche, irradiant à tout le corps, et qui persistent souvent plusieurs jours. Tous les examens pratiqués demeurent négatifs. La malade croit être atteinte d'un cancer.

Mise en observation dans un service de Chirurgie, nullement rassurée, elle entraîne de grosses perturbations dans la vie de ce Service, ennuyant tous ceux qui l'approchent. Elle demande qu'on lui fasse une piqûre pour la tuer, et vérifier ensuite l'exactitude de ses dires.

Les E. C. pratiqués se soldent par un échec complet.

Obs. 25. — (8.509 F). Lom... Jeanne, 50 ans, entrée le 18 mai 1947 à Grange-Blanche.

Malade sans antécédents pathologiques, qui depuis Décembre 1946 se plaint de vagues douleurs épigastriques à irradiation en haut, qui se fixent à la gorge avec picotements pharyngés et sensation d'étouffement. Elle est persuadée avoir un cancer et craint de mourir sous peu; à plusieurs reprises, elle a fait demander un prêtre. En plus, des idées délirantes de préjudice s'installent: l'anxiété est importante.

Diagnostic : Délire hypocondriaque avec idées de préjudice. Grosse charge anxieuse.

Après 4 E. C., la malade est très améliorée, l'anxiété et les idées de préjudice ont disparu. Le 13 juin, la malade peut quitter l'Hôpital en voie de guérison.

Obs. 26. — (11.594 F). Pou... Fernande, Célibataire, 49 ans, entrée à Grange-Blanche le 11 septembre 1950.

Dans les antécédents, on remarque : un père éthylique, deux sœurs qui auraient fait à la ménopause des accidents psychiques; elle même est ménopausée depuis deux ans.

En 1943, un fibrome est découvert chez cette malade, mais il n'y a pas d'intervention. Depuis environ six mois, elle craint d'avoir un cancer, et elle accuse des troubles fonctionnels divers : douleurs vagues dans la région sacrée, cystite... Elle s'est toujours inquiétée pour sa santé, bien qu'elle n'ait jamais eu de maladie grave. Actuellement, elle se fait beaucoup de souci pour ce fibrome qui pourrait être un cancer, constamment elle s'examine la vulve, analyse ses urines, ses fèces, veut les comparer à celles de ses parents. Elle ne parle que de sa santé, et consulte en permanence un Larousse Médical. Elle aurait maigri.

Diagnostic : Algies obsédantes génitales sans aucun substratum anatomique. Appoint anxieux considérable.

Après 4 E. C., la malade paraît améliorée, certainement moins anxieuse. Il n'est pas sûr que son algie génitale ait disparu, cependant la malade n'en parle pas, vraisemblablement pour qu'on la laisse rentrer chez elle (le 5 octobre 1950).

Ces observations montre la faible efficacité des Electro-Chocs dans l'hypocondrie. Ce n'est que lorsqu'il existe un appoint anxieux considérable, qu'ils peuvent être indiqués. Par contre, l'anxiété qui, par sa fixation sur un point de l'organisme, réalise un syndrome hypocondriaque, est favorablement influencée par les Chocs. En dehors de ces cas, « ces malades ont leur vie coupée en deux, la vie douloureuse d'avant l'Electro-Choc et celle d'après » (DELMAS-MARSALET).

VI. — Hystérie - Pithiatisme.

La Convulsivothérapie ne paraît pas indiquée pour cette névrose. Lorsqu'elle a une action favorable, il semble bien qu'elle agisse alors comme une psychothérapie armée, analogue au torpillage, fournissant à l'hystérique une occasion de guérir, tout en lui laissant les honneurs de la guerre (MARTIN).

Toutefois, il semblerait que des Electro-Chocs puissent être indiqués, lorsque la manifestation pithiatique suit de près un choc affectif. Ils produisent, en effet, une amnésie relative qui dans ces cas, peut avoir un rôle favorable. Ils agissent également sur l'élément dépressif ou maniaque, qui peut intervenir dans la genèse de ces accidents (C. MICHAUX). Comme l'on relève toujours dans l'apparition des manifestations hystériques une frustration affective, la Sismothérapie précoce associée aux thérapeutiques usuelles de cette névrose pourrait aider à la guérison de tels malades.

HYSTERIE

Obs. 27. — Cha., Jeanne, 39 ans, épouse de gendarme, hospitalisée à l'Hôpital Militaire Des Genettes.

Les premiers accidents apparurent en 1940, quelques jours après le bombardement de Bron; brusquement, la malade fait une paralysie de la main droite suivie d'une hémiplégié avec mutisme. Six mois plus

tard, au retour de son mari, prisonnier, la motricité et la parole réapparaissent progressivement...

En 1946, elle fait un nouvel épisode identique : hémiplégie droite, aphasie qui dure une journée.

En 1952, accident analogue, à la suite de la mutation de son mari en Afrique du Nord. En outre, elle refuse d'ouvrir la bouche (mais l'ouvre en baillant), et refuse de prendre toute alimentation solide. Entrée en Juin 1953 dans le Service, elle refuse de parler et d'ouvrir la bouche. L'examen montre une hémiparésie droite avec marche sensiblement normale. Un Electro-Encéphalogramme pratiqué, ne montre pas d'anomalies électriques, sinon des ondes de très faible voltage.

Une narcose barbiturique permet de faire ouvrir aisément la bouche à la malade, de mobiliser ses membres droits, mais elle refuse toujours de parler.

Un Electro-Choc prolongé pratiqué est suivi d'échec.

Il semble bien que pour l'hystérie et le pithiatisme, les méthodes thérapeutiques classiques conservent toute leur valeur (en particulier le choc amphétaminique). GELMA et ses Collaborateurs ont publié un cas de palilalie et de logoclonies hystériques, ayant débutées brusquement chez une femme d'une cinquantaine d'années, à la suite de conflits répétés pénibles et traumatisants, guéri à la suite de deux Electro-Chocs. Ce ne serait donc que dans quelques cas où la frustration affective, cause des manifestations hystériques, est récente, que la Convulsivothérapie pourrait être utilisée avec profit.

VII. — La cyclothymie.

Il est évident que les thérapeutiques par Chocs ne peuvent rompre l'évolution cyclique de la psychose maniaco-dépressive, même dans ses formes mineures. En effet, le cycle de ces sujets est un cycle biologique, fortement ancré dans la personnalité. S'il y a guérison de tels accidents après application d'une thérapeutique de Chocs, on peut craindre qu'elle ne soit due qu'à une simple coïncidence. Le traitement aurait été fait au voisinage du terme ignoré de l'accès périodique. Cependant, pour quelques cas particuliers de formes mineures conscientes, les Electro-Chocs peuvent rendre service.

OBS. 28. — « Forme mineure de cyclothymie à court terme ».

Monsieur B., né en 1914, père alcoolique, excité psychomoteur, ayant fait des crises d'épilepsie espacées, mort d'ictus à 70 ans, mère inquiète, soucieuse, rabacheuse.

Son enfance et son adolescence sont sans incident. Il se marie à 27 ans (deux enfants, l'un mort).

Depuis Avril 1946, il est sujet à des phases d'excitation de trois semaines alternant régulièrement avec une phase de dépression à peine un peu plus longue. L'entourage estime qu'il ne reste pas plus de deux ou trois jours à un étiage normal, mais il se soucie toujours de ses affaires et fait preuve d'une activité professionnelle dont les résultats sont heureux car il est encadré, d'une part, par sa femme, d'autre part, par un associé qui le connaît bien.

Mais ce sont cependant ceux-ci qui lui conseillent de recourir au médecin lorsqu'une fois ou deux par an la phase d'excitation passe les bornes. Sur leur insistance, on entreprend une série de Chocs ambulatoires (deux séries de quatre pour deux phases d'excitation). Le traitement n'a pas été poursuivi. Le sommeil a été rétabli tout au moins pour quelques heures. L'entourage affirme que l'activité a été réduite et que surtout l'irritabilité du caractère a diminué.

Dans la suite, on institue chez ce sujet, parfaitement sobre et aussi bien docile, une cure médicamenteuse à base de Phénergan (6 comprimés) et de Calcibronat qui atténue considérablement l'intensité des périodes d'excitation et permet un sommeil assez régulier de 6 à 7 heures.

En 1953, cet état se maintient ainsi depuis Mars 1947.

Dans ce cas, les Chocs ont calmé l'excitation et l'irritabilité, et facilite la reprise du sommeil.

Dans le cadre de l'utilisation de la Convulsivothérapie au cours des névroses, nous signalerons qu'elle peut offrir un certain intérêt dans des cas d'impuissance névropathique (non périodique), et de tics ayant résisté aux autres traitements. Les Electro-Chocs ont également rendu service à certains Psychiatres au cours de cures de désintoxication pour alcoolisme, ou pour toute autre toxicomanie (LOPEZ-IBOR). Ceci est compréhensible du fait que la plupart de ces malades ont un terrain anxieux qui peut être favorablement influencé par les Chocs.

Ainsi, l'on se rend compte qu'il est bien difficile de poser, après précision, les indications ou les contre-indications d'Electro-Chocs au cours des divers syndromes névropathiques. En matière de névrose, il n'y a que des cas d'espèces. La Convulsivothérapie à l'aide des courants électriques ne constitue certes

pas le traitement de choix de ces états, mais dans certains cas, elle peut rendre d'appréciables services. C'est souvent en présence de troubles durables, graves, rendant à ces malades leur vie sociale, familiale, morale pénible et même impossible que l'on est conduit à envisager son opportunité.

Mais c'est avant tout l'expérience clinique et l'intérêt du malade qui permettront de poser l'indication. L'angoisse névropathique surtout, sous toutes ses formes, pure ou associée à d'autres syndromes, peut tirer un grand bénéfice des Chocs. De même, les accidents dépressifs, plus ou moins apparentés aux mélancolies, mais demeurant toujours conscients, qu'ils soient endogènes ou réactionnels, guérissent très bien grâce à cette thérapeutique.

Par contre, les troubles qui relèvent d'un tempérament ne paraissent pas modifiés, ni dans un sens ni dans un autre, par les Chocs. Le psychasthénique, l'hypocondriaque, l'anxieux constitutionnel, l'obsédé (qui n'est au fond qu'un psychasthénique ou qu'un anxieux) ne sont pratiquement pas influencés par la Convulsivothérapie. Cependant, de tels sujets font avec facilité des accidents : états dépressifs, crises d'angoisse, anxiété surajoutée, obsessions interdisant toute activité, qui eux pourront nécessiter une cure par Chocs. De même, ces derniers qui semblent n'avoir que peu ou pas d'action dans les formes mineures conscientes de cyclothymie, peuvent dans quelques-uns de ces cas rendre service.

Enfin, l'hystérie et le pithiatisme, purs ou associés à une épine organique, ne paraissent pas devoir bénéficier des Electro-Chocs. Ce n'est que lorsqu'ils seraient pratiqués rapidement après la frustration affective, cause déclenchante des manifestations, qu'ils auraient une certaine utilité. Sinon ils semblent n'agir que comme une psychothérapie armée.

En ce qui concerne les contre-indications, il n'y a également rien d'absolu. Certes, les Chocs peuvent faire naître ou accentuer un sentiment de dépersonnalisation chez un psychasthénique ou un anxieux. Une ébauche de ce sentiment, son apparition au réveil d'un Choc, doivent faire craindre une aggravation particulièrement redoutable, car rebelle. On ne peut toutefois pas, là encore, parler d'une contre-indication formelle; nous avons en effet rapporté des observations de malades qui, bien que présentant ce sentiment, ont été traités

avec succès par la Convulsivothérapie. De tels cas devront être assez rares, et il faudra se montrer excessivement prudent.

Nous terminerons en disant encore qu'en ce qui concerne les Névroses, il est impossible de fixer avec précision une règle thérapeutique. Ce seront donc uniquement le sens clinique, la pratique, la connaissance du malade et de ses intérêts moraux et sociaux qui dicteront la conduite à tenir.

CHAPITRE IV

CONSIDERATIONS MEDICO-LEGALES (1)

Dans le domaine de la thérapeutique psychiatrique, comme celui de la thérapeutique en général, les Médecins ont assisté au cours des vingt dernières années à une évolution singulièrement impressionnante.

Les différents traitements préconisés, qu'il s'agisse de cette malariathérapie la plus ancienne des thérapeutiques agressives ou des interventions plus récentes de psycho-chirurgie, comportent tous des risques d'incidents ou d'accidents qui viennent grever dans une certaine mesure les statistiques les plus favorables.

Il faut convenir que parmi les méthodes les plus usuelles, la cure de Sakel peut susciter des alertes sérieuses. Il est exceptionnel, par contre, que l'on observe à l'occasion d'électrochocs des troubles durables relevant d'un accident thérapeutique.

A l'heure actuelle, le public certes ne peut se plaindre d'être tenu dans l'ignorance des dernières découvertes plus ou moins sensationnelles qui intéressent la santé et les progrès thérapeutiques. On est en droit de penser qu'il se trouve averti des indications générales d'un traitement comme aussi des surprises désagréables qui peuvent s'en suivre. Sans avoir recours aux divers « digests » spécialisés, il lui suffit de parcourir les quotidiens de toutes régions pour y trouver une rubrique médicale plus ou moins explicative.

En matière d'affection psychiatrique, mais surtout d'aliénation mentale, lorsqu'il s'agit de malades internés, les familles

(1) Nous devons remercier Maître AMAT des renseignements qu'elle nous a fournis pour la rédaction de ce chapitre.

n'hésitent pas à orienter le Médecin vers les thérapeutiques les plus audacieuses, quitte à lui reprocher ensuite, comme il est humain, ses échecs ou les accidents survenus.

La mélancolie représente, comme chacun le sait, la plus fréquente des psychoses, or elle implique la menace habituelle du suicide. Il est courant de ne recevoir des malades anxieux à l'Hôpital ou la Clinique, qu'après une tentative de cet ordre. L'alerte a été chaude pour les proches, aussi ne peuvent-ils manquer d'accepter la décision thérapeutique proposée par le Médecin. Est-il besoin de rappeler que depuis 1934 la sismothérapie, d'abord sous l'espèce du Cardiazol, puis par électrochoc a permis de guérir de nombreux mélancoliques et d'éviter ainsi pas mal d'obitus volontaires ?

Pour avoir rempli depuis un an et demi les fonctions d'Interne dans un service de neuro-psychiatrie au contact journalier des malades, il nous a été loisible, grâce à l'enseignement de nos maîtres civils et militaires, d'apercevoir les difficultés diagnostiques touchant les névroses et les psychoses, comme les conceptions erronées qui peuvent avoir cours chez les malades et leurs familles.

On a trop tendance, même dans le corps médical, à méconnaître la phase initiale de certaines formes de mélancolie, soit qu'elle revête le masque de la neurasthénie, de la névrose d'angoisse, de l'hypochondrie, d'une affection gastro-intestinale. Comment expliquer aussi ce que sont et ce que deviennent ces formes mineures des psychoses périodiques décrites dans la thèse de ZINAT (Lyon, 1937) ou la portée exacte de certains raptus relevant de la névrose d'angoisse ?

Nous avons aussi, tout au cours de ce travail, envisagé un certain nombre de cas particuliers qui ne paraissaient pas primitivement constituer une indication favorable de sismothérapie et qui cependant s'étaient trouvés améliorés, sinon guéris, par une série de chocs. C'est dire une fois de plus qu'il n'est pas possible de formuler de règle absolue dans ce domaine, que le sens clinique du Médecin et sa conscience professionnelle doivent rester les seuls juges de la décision thérapeutique. L'expérience montre que des précautions indispensables doivent être prises lorsqu'on décide d'une cure de chocs. Il ne s'agit pas de passer en revue les contre-indications tenant à l'état organique du malade, mais il est toujours opportun de rappeler

qu'un examen très attentif de l'organisme doit précéder la première séance.

L'état du cœur et de l'appareil respiratoire mérite un contrôle précis, on se montre particulièrement circonspect en présence de sujets approchant de 70 ans, d'autres qui ont fait des ictus, donné des signes d'angor ou d'artérite périphérique. Il faut alors, à moins que le temps ne presse trop, recourir à l'électro-cardiogramme et aux examens complémentaires de spécialistes.

Les bronchitiques chroniques, les dilatés bronchiques offrent sans doute des terrains préparés aux complications pulmonaires, bien que les statistiques récentes montrent la rareté des abcès du poumon.

Ce qui reste d'appréciation plus délicate c'est évidemment la fragilité osseuse de certains sujets : l'ostéoporose et la décalcification ne sont sans doute pas l'apanage des vieillards ; pendant les restrictions, le nombre des accidents osseux atteignait une proportion beaucoup plus grande que ces dernières années. On avait observé des fractures par tassement de la 5^e ou de la 6^e vertèbre dorsale, sans conséquence du reste pour l'avenir, et quelques arrachements tubérositaires, voire même de fractures de la tête humérale.

Il nous a paru nécessaire de rapporter une dernière observation qui entre bien dans le cadre de ce travail, puisqu'elle a trait à une forme mineure de psychose intermittente, mais aussi parce qu'un grave accident osseux survenu au cours du premier choc a soulevé des problèmes médico-légaux d'importance capitale, touchant la responsabilité du Médecin.

OBS. 29. — Demoiselle Marthe X..., née en 1906. Son père est mort cirrhotique, sa mère vivante est impatiente, autoritaire, traite toujours sa fille en enfant.

La malade est fille unique sans passé pathologique mais très émotive, impressionnable. Elle est adressée en Octobre 42 au neuro-psychiatre le Docteur V par son Médecin traitant. Celui-ci la soigne pour de l'asthénie depuis Juin. Changement de l'humeur, lassitude profonde qui lui a fait passer plusieurs jours au lit malgré l'irrégularité du sommeil ; tendance à fuir le monde, larmes sans raison. Un séjour au calme à la campagne n'a apporté aucune sédation. Elle fait des crises d'angoisse vaso-motrice et se plaint de la déficience de sa mémoire. Néanmoins ne renonce pas à son travail de retoucheuse photographique.

C'est une longilique asthénique, hypotendue, au cœur et poumons sains, aux réflexes très vifs.

Sous l'influence d'un traitement neurotonique et d'Hormodausse (prescrit en pleine période de restrictions), elle s'améliore progressivement. Revue le 24-12-42, elle est jugée convalescente, elle sera rétablie en Janvier suivant.

Silence pendant 5 ans. Mais en 1948, la malade qui vient d'être traitée pour une crise de colique néphrétique et subi une urographie tombe dans un état de dépression plus sévère encore que le précédent puisqu'elle fait appel au Médecin de garde au cours d'une crise d'angoisse nocturne. Elle passe 4 semaines à la campagne sans résultat et reprend son travail. Nouvelle consultation du spécialiste en Septembre 1948. Injections neurotoniques, Aéine et Somnifère lui permettent de continuer à vivre en famille et assurer son travail.

Le 4 avril 1949, nouvelle consultation. La malade décrit un syndrome plus alarmant. Elle reste triste toute la journée, fait son travail sans intérêt, mange sans appétit avec des nausées le matin, dort grâce aux calmants, mais elle pleure sans raison valable ou à la moindre contrariété, souffre de se trouver en tête à tête avec sa mère dont l'autorité lui pèse à certaines heures. Elle éprouve ainsi toute une série de sensations négatives et conclut catégoriquement « je suis autre ».

Pendant les vacances de Pâques 1949 en l'absence du consultant habituel, elle recourt au Docteur M. Ce spécialiste devant l'intensité de l'état anxieux et en raison de l'échec du traitement médicamenteux pose l'indication d'une cure d'électro-chocs et conseille l'admission à l'Hôpital de A. En fait, la malade se présente bien à l'Hôpital avec sa mère, mais ne veut y rester.

Le 7 mai, elle revient au Cabinet du Docteur V., neuro-psychiatre qui l'avait déjà soignée. Elle insiste sur l'intensité de sa douleur morale et demande si les chocs ne seront pas à même, comme le lui a promis le Docteur M. de la guérir rapidement. Il est alors décidé de temporiser une quinzaine de jours en insistant sur la thérapeutique sédatrice (Papavérine, Barbiturique) et de ne pas interrompre le travail pour s'enfoncer dans le désarroi qui caractérise chez elle les journées de repos... Si au bout de ce délai, une amélioration ne survient pas, on recourra aux chocs ambulatoires, car la malade redoute l'hospitalisation. Elle est alors examinée complètement au point de vue physique et radioscopie.

Le 21 mai au matin, coup de téléphone : supplications anxieuses. Orientée sur la consultation de l'Hôpital, Mlle X... demande instamment qu'on commence le traitement le jour même malgré l'heure avancée, elle use de cet argument : « Vous ne pouvez pas me laisser souffrir 2 jours pareillement ».

Le choc effectué dans les conditions habituelles avec un personnel expérimenté et l'appareil Lapipe et Rondepierre, était le 4^e de la matinée. Il donne lieu à une supercrise et provoque une double luxation des épaules avec fractures des 2 têtes humérales. Les radiographies immédiates, l'échec de réduction sous anesthésie font envisager la transposition sanglante qui sera effectuée les semaines suivantes.

Du point de vue psychique, la sédation de l'angoisse sous l'influence du 1^{er} choc a été manifeste. On est étonné de voir la malade prendre son sort en patience et accepter les interventions pénibles et l'immobilisation qui s'en suivent parce que sa douleur morale a disparu.

Les blessures ont été consolidées en Novembre avec une limitation notable de l'abduction des 2 bras qui constitue une gêne pour l'exercice de sa profession. Grâce à une installation spéciale sur pupitre, Mlle X... peut reprendre son travail de retouche, mais « le préjudice agréement découlant de son infirmité reste chez elle supérieur à la moyenne ».

Au printemps 1952, rechute d'état dépressif certainement moins intense que le précédent, sans paroxysme anxieux aussi violent, mais avec le même sentiment de dépersonnalisation qui signe dans le cas particulier, la forme mineure de dépression intermittente. On apprend lors d'une expertise le 24 décembre 1952 que la malade est sortie progressivement et lentement de sa dépression au bout de plusieurs mois, grâce aux prescriptions bromurées d'un autre confrère.

Comme on pouvait s'y attendre, après être venue remercier le Médecin de la sollicitude dont il l'avait entourée à l'Hôpital et lui avoir demandé un certificat de convalescence, l'intéressée lui a intenté un procès en responsabilité et pour obtenir réparation des dommages subis.

La 4^e Chambre du Tribunal Civil en Janvier 1951 déboute la demanderesse en s'appuyant sur les considérants suivants :

Attendu qu'il n'apparaît pas que dans ces conditions le Docteur V. ait agi avec imprudence et légèreté en préconisant un traitement conforme aux données acquises de la science médicale, convenant à l'état de la malade et pouvant lui apporter la guérison et le soulagement qu'elle recherchait avec impatience;

Attendu que l'attention de Demoiselle X... ne paraît pas avoir été spécialement attirée sur les accidents qui peuvent exceptionnellement accompagner l'électro-choc et qu'elle en tire aujourd'hui argument pour soutenir qu'elle n'aurait pas consenti en connaissance de cause à l'application du traitement auquel elle allait être soumise;

« Mais attendu que si le Médecin doit avant de pratiquer une intervention sur son client l'avertir des risques particuliers qu'elle comporte et s'assurer de son consentement, une obligation trop rigoureuse à cet égard serait de nature à contrarier et à paralyser au préjudice même du malade l'initiative et l'activité du praticien, qu'une telle exigence ne s'impose que s'il y a lieu de redouter des conséquences dangereuses fréquentes et normalement prévisibles tenant à la nature du traitement ou de l'opération envisagée, qu'au contraire en la présente espèce, il ne saurait être fait grief au Docteur V. d'avoir dans sa spécialité appliqué une thérapeutique d'usage courant et habituellement inoffensive sans avoir préalablement fait connaître à sa malade qu'il pouvait en résulter en de rares éventualités des accidents pratiquement imprévisibles;

« Attendu qu'en ce qui concerne le défaut de précautions dans l'application du traitement, demoiselle X fait uniquement allusion à une variation d'intensité du courant électrique qui pourrait être à l'origine de l'accident, mais qu'il s'agit là dans l'esprit même de la demanderesse, d'une simple hypothèse sur laquelle elle n'insiste nullement, qui ne mérite pas d'être prise en considération et qui, au surplus, n'engagerait vraisemblablement pas la responsabilité du Médecin sur le plan judiciaire, l'accident étant survenu dans un établissement public hospitalier;

« Attendu qu'il ne résulte pas des éléments soumis à l'appréciation du Tribunal que le Docteur V. ait failli aux obligations d'ordre contractuel qui s'imposent au Médecin à l'égard du malade, qu'en conséquence la demande de demoiselle X. apparaît mal fondée et qu'il échet de l'en débouter ».

En appel devant les conséquences d'un accident aussi grave et insolite, la Cour était fondée à demander comme elle l'a fait si n'était intervenue une faute de technique ou si l'accident « aurait pu être évité par l'application préventive d'une substance paralysante telle le curare ».

La faute de technique n'a pas été retenue, ni discutée.

Trois experts parisiens, le Professeur HEUYER, le Professeur agrégé GARCIN, le Docteur RONDEPIERRE ont répondu de façon précise à la seconde question : « L'accident était imprévisible dans le cas particulier. La fracture peut être évitée actuellement par l'application préventive d'une substance paralysante, telle que le curare, mais celui-ci provoque aussi des accidents même mortels imprévisibles ». L'emploi du curare, comme chacun sait, comporte d'ailleurs des risques d'asphyxie plus graves au point de vue vital que ceux relevant de l'électrochoc.

La Cour a cependant rendu le Médecin responsable de l'accident survenu à Demoiselle X. Elle appuie son argumentation sur divers considérants et notamment ce dernier :

« Attendu que tout en rendant hommage à l'honorabilité et l'indiscutable valeur professionnelle du Docteur V., la Cour doit retenir qu'en omettant de renseigner la malade ou sa mère sur les risques du traitement qu'il préconisait, il a manqué à l'une de ses obligations contractuelles et qu'il devait réparer les conséquences dommageables de cette faute civile.

On entrevoit dès lors à la suite de cet exemple, sans doute exceptionnel, mais singulièrement instructif, les principaux problèmes que soulèvent sur le plan juridique les thérapeutiques de choc.

Quelques remarques d'ordre psychologique s'imposent tout d'abord.

Il ne faut pas méconnaître en face d'un public qui redoute

au plus haut point les maladies mentales et leurs conséquences, devant des magistrats qui sont aussi des hommes, l'influence désastreuse d'une certaine littérature truculente plus ou moins entachée de sadisme qui décrit en détails les scènes de la vie hospitalière et surtout les réactions douloureuses ou grotesques des patients à l'occasion de traitements de cet ordre.

De telles images se gravent et impressionnent le psychisme de l'individu le plus évolué, pour peu que des troubles survenus à ses proches lui aient suscité de réelles inquiétudes. Elles sont susceptibles d'influencer son opinion et parfois d'éveiller en lui une fâcheuse tendance revendicatrice.

De telles considérations ne sont pas hors de propos : le neuro-psychiatre ne saurait méconnaître le rôle prépondérant des facteurs instinctivo-affectifs dans le dynamisme de la vie, c'est pourquoi plus que tout autre, doit-il se montrer circonspect et contracter une solide assurance responsabilité professionnelle dont une clause stipulera bien qu'il a recours aux électro-chocs dans sa pratique de clientèle.

Les 2 jugements successifs ont fait allusion l'un et l'autre au problème du consentement du malade à la thérapeutique instituée. En ce qui concerne la médecine ou la chirurgie, les Tribunaux ont admis que le consentement du malade devait être acquis.

La cour d'appel de Grenoble, dans un arrêt du 5 janvier 1949, a posé en principe que le consentement doit être formel, c'est-à-dire que l'on ne peut opérer un malade contre son gré, mais que des exigences trop rigoureuses en matière de consentement seraient de nature à paralyser l'initiative et l'activité bénéfique du Médecin. Pour bien saisir le motif de cette décision, il est nécessaire de rappeler l'accident en litige :

Chez un tuberculeux pulmonaire qui conservait après thoracoplastie des douleurs intolérables du côté droit, devant l'échec des traitements médicamenteux, fut pratiquée une infiltration stellaire. Aussitôt après l'intervention, le malade présentait une paralysie du plexus brachial droit qui n'a pas régressé, mais a entraîné une invalidité permanente de 65 %.

On conçoit que par sa gravité et son caractère insolite cette complication rappelle singulièrement l'accident de l'électro-choc dont nous rapportons l'observation détaillée.

Les Magistrats de Grenoble avaient même commenté leur

décision en précisant de façon pertinente : N'encourt donc aucune responsabilité le Chirurgien qui pour soulager un malade pratique avec son consentement une intervention classique sans lui avoir fait prévoir et accepter une complication extrêmement rare, donc exceptionnelle et imprévisible.

En tout cas, puisque nous sommes dans le domaine de la neuro-psychiatrie, mais par définition pour le moment, en face de malades conscients, comment peut-on établir qu'un consentement valable formel a été donné ? Il serait facile de faire intervenir le jeu de l'amnésie rétrograde constituant pour certains sujets une excuse à l'oubli, ou la méconnaissance d'un acquiescement oral dûment accordé.

Depuis le jugement de la Cour de Lyon, dans certains services hospitaliers, comme aussi dans certaines cliniques, il est d'usage de soumettre à la signature des malades eux-mêmes le texte suivant :

« Je soussigné, après avoir pris connaissance des risques exceptionnels que comporte ce traitement dans le domaine corporel : osseux, musculaire, vasculaire et respiratoire, accepte d'être soumis à une cure d'électro-chocs. »

Il va sans dire qu'un texte analogue est proposé aux proches, lorsqu'il s'agit d'un malade délirant ou d'un mélancolique anxieux.

Tel n'était pas cependant l'avis du Docteur RONDEPIERRE, Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine et qui fait autorité en la matière. Dans la 2^e édition de son livre sur l'E. C. à propos des autorisations écrites préalables demandées par certains psychiatres il objective : « Cette invitation aux responsabilités peut plonger les intéressés dans une perplexité douloureuse et il nous est arrivé parfois d'informer seulement les parents de l'application d'un nouveau traitement ».

Même si ce consentement est donné par écrit, un malade animé d'un esprit revendicatif ne pourra-t-il pas dire qu'il lui a été extorqué ?, que le Médecin profitant de son état d'infériorité ou de son manque de contrôle lui a imposé un traitement qu'en réalité il ne voulait pas ?

On conçoit toute la série de complications, de responsabilités administratives et juridiques que pourrait déclencher une autorisation préalable et obligatoire en matière de traitement d'aliénés et d'interdits.

Comme le faisait encore très justement remarquer l'avocat de la défense dans sa plaidoirie : « Plus que dans toute autre maladie, la confiance dans le Médecin choisi joue un grand rôle dans le traitement. Ne faut-il pas considérer ce choix, cette confiance, cet abandon du malade entre les mains du Médecin comme un accord tacite au traitement qui lui sera appliqué ? »

Un tel raisonnement nous paraît, sur le plan humain et juridique, singulièrement pertinent. Mais puisque la Cour n'en a pas jugé ainsi, nous nous voyons dans l'obligation de demander aux malades et à leur famille elles-mêmes une autorisation écrite, explicite, comme celle qui est proposée dans le service du Professeur DECHAUME.

Cependant, si l'on se place au point de vue thérapeutique et psychothérapique proprement dit, est-il opportun de prévenir les malades des conséquences possibles de l'E. C., de leur fournir un exposé des risques encourus dans le domaine corporel d'abord, c'est-à-dire musculaire, ostéo-articulaire, vasculaire et respiratoire ?

Les accidents survenus au cours des cures de chocs méritent certes l'attention des Médecins et l'on conçoit tout l'intérêt d'une revue générale aussi complète que celle de G. DESHAIES et S. PELLIER publiée en Octobre 1950 dans les Annales Médico-Psychologiques.

Cette étude ne clôt sans doute pas la liste des complications que l'on pourrait mettre sur le compte de la sismothérapie, mais on n'oubliera pas qu'il faut toujours faire preuve de sens critique et de rechercher ce qui, en pareil cas, doit incomber à l'état constitutionnel ou une cause hétérogène ?

Il est assez aisément compréhensible cependant que ce catalogue rigoureux présenté aux Juges de la Cour par les soins d'un abonné bienveillant des Annales Médico-Psychologiques ne pouvait manquer de les impressionner défavorablement et l'on s'explique bien, dès lors, quelques-uns de leurs commentaires, tels par exemple ceux qui suivent :

« Attendu que si l'électro-choc, qui consiste à provoquer une crise convulsive en faisant passer un courant électrique dans la boîte crânienne est devenu depuis son introduction en France, en 1941, un moyen thérapeutique d'usage courant dans le traitement de certaines affections nerveuses, il n'en

occasionne pas moins des accidents ostéo-articulaires et des accidents psychiques fréquents;

« Que s'ils sont, en général, soit en eux-mêmes, soit comparativement aux résultats curatifs obtenus, sans gravité réelle, il en est autrement dans certains cas exceptionnels dont la mort n'est pas exclue;

« Que spécialement la rareté relative des fractures ne les rend pas prévisibles et n'autorise pas le Médecin à dissimuler au malade leur éventualité;

« Attendu d'autre part qu'il était téméraire de penser que Delle X qui était dépourvue de toutes connaissances médicales, même rudimentaires, ait connu les dangers auxquels un tel traitement allait l'exposer;

« Mais attendu qu'en admettant que Delle X. ait été hors d'état de donner un consentement libre, il appartenait au Docteur V. de fournir à Dame X. qui accompagnait sa fille, les renseignements qui normalement étaient dus à cette dernière, qu'ainsi eut été, en outre, écartée toute crainte de provoquer chez la malade une réaction dangereuse. »

En définitive, la Cour n'a pu retenir que deux griefs contre le praticien rendu responsable de cette double fracture : celui de n'avoir point prévenu soit la malade elle-même âgée de 38 ans, soit sa mère qui l'accompagnait, des risques exceptionnels mais graves que faisait encourir l'E.-C.; celui d'être intervenu d'urgence pour un cas qui, d'après les Juges, ne justifiait pas cette décision.

Ainsi donc, sans avis d'expert, sur simple rapport d'un employeur, la Cour a discuté elle-même l'urgence et l'opportunité de la thérapeutique mise en œuvre dans ces considérants :

« Attendu que retoucheuse depuis 20 ans dans un atelier réputé de photographie, M^{lle} X. avait toujours parfaitement et sans interruption effectué un travail minutieux, spécialement dans la période qui a précédé son accident, et n'avait jamais donné à ses employeurs, qui l'ont attesté, l'impression d'être atteinte d'une maladie grave;

« que le Docteur V. avait lui-même estimé qu'elle pouvait rentrer chez elle, y passer la journée du dimanche et ne revenir que le lundi pour subir le traitement préconisé... »

Sans vouloir insister sur une erreur de fait, l'interruption de travail pendant 4 semaines au cours des mois précédents, il est important de noter que le jugement ne fait pas état des supplications de la malade dont l'angoisse extrême se peignait sur le visage, ce qui avait emporté la décision du Médecin pour intervenir le jour même, alors qu'il n'avait pas encore terminé sa besogne hospitalière.

Ce sont seulement des profanes, en effet, qui peuvent méconnaître la nécessité où nous nous trouvons de conseiller à ces malades l'accrochage à leur tâche lorsqu'ils y sont adaptés afin d'éviter les dangers de l'inaction, de la solitude ou même de certains contacts familiaux encore plus néfastes.

Comment concevoir qu'un arrêt de justice de cette portée n'ait pas suscité une réelle surprise dans les milieux neuro-psychiatriques et motivé un pourvoi en cassation ?

Et puisqu'il faut conclure à la suite d'un exposé déjà long, si la jurisprudence nous fait l'obligation de prévenir, soit les malades, soit leurs familles des risques exceptionnels encourus au cours d'un traitement par chocs, elle ne facilite pas notre tâche de psychothérapie.

Pour certains, sans doute, il ne faudrait voir là qu'une simple formalité, mais si l'on veut exposer les diverses complications possibles dans le domaine corporel ou même psychique, quelle sera la réaction de l'anxieux ? Quelle sera la réaction de ses proches ? N'apporteront-ils pas un veto inopportun à l'application d'une méthode qui s'avère très habituellement bénéfique ? Chacun sait la prudence dont il faut faire preuve dans les propos que l'on tient aux familles, et les interprétations fâcheuses qui peuvent en découler...

On ne saurait cependant trop insister sur les réserves qu'il convient de formuler avant d'entreprendre, à l'heure actuelle, un traitement ambulatoire et la nécessité, en ce cas, d'obtenir un consentement formel et écrit.

CONCLUSIONS

L'efficacité de la Convulsivothérapie par les courants électriques ayant transformé le pronostic de la Mélancolie, il ne faut pas s'étonner que les Médecins aient songé à recourir à cette méthode dans les divers états névrotiques qui comportent une forte charge d'angoisse. Il importe de préciser cependant que dans les syndromes névropathiques conscients par définition, cette cure ne constitue qu'une thérapeutique d'exception.

Peuvent en bénéficier, sans doute, certains états dépressifs conscients, endogènes ou de l'âge moyen qui s'apparentent à la mélancolie, ainsi que certaines dépressions réactionnelles avec élément d'angoisse dominant.

La névrose d'angoisse comporte, comme on le sait, des paroxysmes impressionnants, mais ce ne sont que des états de mal anxieux et les répétitions fréquentes des crises qui commandent le recours à la Sismothérapie.

C'est très exceptionnellement que l'on peut mettre en œuvre les Electro-Chocs au cours de la névrose obsessionnelle. Dans quelques cas, ils permettent d'atténuer une phase aiguë, lorsqu'elle interdit au malade toute vie sociale; mais il faut toujours faire intervenir simultanément la psychothérapie dont relève avant tout la névrose d'obsession.

Il ne faut pas oublier que des formes mineures de psychose périodique évoluent, souvent, de longues années sous le masque d'états névrotiques conscients. A moins qu'il ne s'agisse de forme circulaire, ils peuvent être écourtés par les Chocs. C'est un bon diagnostic positif qui commande alors la thérapeutique.

Le psychasthénique classique qui souffre d'impressions pénibles quant à l'exercice de sa pensée et pour son contact avec le réel, ne peut obtenir de soulagement par les Chocs.

De plus, ceux-ci risquent de faire naître chez lui, ou d'aggraver, le sentiment si rebelle de dépersonnalisation.

L'hypocondrie reste classiquement un syndrome qui peut s'exprimer par de l'angoisse, de l'obsession, même de l'idée fixe et du délire. Il ne faut donc envisager qu'avec une extrême prudence, toute thérapeutique agressive chez les hypocondriaques.

Le pithiatisme et l'hystérie, comme l'ont défini BABINSKI et FROMENT, ne comportant pas de charge émotionnelle, ne doivent pas bénéficier de l'Electro-Choc. Cependant, l'étude journalière des névroses nous oblige à tenir compte des formes intriquées, de surcharges pithiatiques dans les états anxieux et obsessionnels. De telles manifestations constituent en principe une contre-indication à cette thérapeutique.

L'Electro-Choc enfin a rendu d'incontestables services au cours de cures de désintoxication, tant chez des alcooliques que chez des morphinomanes pour calmer l'état anxieux que détermine la carence en la drogue favorite.

Comme toute thérapeutique nouvelle, la Convulsivothérapie, dont l'usage remonte à plus de 15 ans, soulève évidemment des problèmes délicats de Médecine Légale.

Pour ces états névrotiques conscients, la jurisprudence exige l'assentiment des malades, ce qui est recevable, mais lorsqu'elle fait au Médecin une obligation contractuelle de renseigner le malade sur les risques du traitement préconisé, elle ne vient certes pas faciliter sa tâche de psychothérapeute.

Vu : Vu :

Le Doyen, Le Président de la Thèse,
HERMANN. J. DECHAUME,

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 Octobre 1953.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (P.). — L'anxiété.
 ——— Traitement de l'anxiété et de l'angoisse. In : *Vie médicale*,
 Mai 1952.
- VINCHON (J.). — — id. —
- LARGEAU (R.). — — id. —
- MESSIMY (R.). — — id. —
- BARUK (H.) et Coll. — Etude expérimentale chez le lapin et le singe des
 modifications de la circulation cérébrale dans le coma insulinique,
 l'épilepsie cardiazolique et l'électro-choc, et au cours de l'action
 de la folliculine et du scopochloralose. *L'Encéphale*, 1942, 1945.
- BARUK (H.). — Précis de psychiatrie. Masson et Cie, 1950.
- BOURRAT (L.), REBATEL (M.), ANGEL (J.). — Les indications de l'E. C.
Journal de Médecine de Lyon, 5, XI, 1946.
- BRUNERIE (A.). — Bégaiement spasmodique d'origine émotionnelle amé-
 lioré par E. C. In : *L'Auvergne Médicale*, juin 1945.
- BROWN (F. W.). — Proceeding of the Royal Society of Medecine, 1943.
- CERLETTI (U.). — Congrès International de Psychiatrie, Paris 1950.
- CLAUDE (H.) et LÉVY-VALENSI. — Les états anxieux. Maloine 1938.
- COBB (S.). — Borderlands of Psychiatry. Harvard University Press 1948.
- Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays
 de langue française. XLIV Session. *An. Med. Psych.*, 1947.
- DELAY (J.). — Les dérèglements de l'humeur. Presses Universitaires de
 France, 1949.
- Electro-Choc et Psychophysiologie. Masson et Cie, 1946.
- Méthodes biologiques en clinique psychiatrique; Masson 1950.
- DELMAS-MARSALET. — Electro-Choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-
 psychiatrie. Baillière et fils, 1946.
- DESHAIES. — Contre-indications de l'électro-chothérapie. *Annales Mé-
 dico-psychologiques*, Décembre 1950.
- DESHAIES et PELLIER. — Accidents de l'Electro-Choc. *An. Med. Psy.*,
 Oct. 1950.
- FREUD (S.). — Collecter papers, 4 vols, 1925.
- HAMILTON (D. H.). — De l'avantage de l'Electro-Choc dans les psycho-
 névroses. *The American Journal of Psychiatry*, Mars.

- HENDERSON (D. K.) et GILLEPSIE. — A Textbook of Psychiatry. *Oxford University Press*.
- HESNARD. — Les syndromes névropathiques.
- HESNARD et RÉGIS. — La psychoanalyse des névroses et des psychoses.
- HEUYER (M. G.). — La toxicomanie psychanalytique. *An. Med. Psy.*, Déc. 1948.
- HEUYER, LEOVICI, AMADO. — Electro-Chocs en sommation. *An. Med. Psy.*, Fév. 1948.
- HEUYER, LEROY, DIATKINE. — Sur 312 cas traités par E. C. *An. Med. Psy.*, Sept. 1948.
- HILL. — The Practitioner (London), Août 1951.
- LABOUCARIE (J.) et BENAZET (J.). — Electro-choc et tension artérielle. in : *An. Med. Psy.*, Juin 1953.
- LAPIPE et RONDEPIERRE. — Contribution à l'étude physique physiologique et clinique de l'E. C., Maloine 1947.
- LESTCHINSKI. — Psychologie des états nerveux.
- LOPEZ-IBOR (J.-J.). — Congrès International de Psychiatrie. Paris 1950.
- MARTIN et LEMIEUX. — Electro-choc et psychonévroses. *Laval Medical*, 1949.
- Congrès International de Psychiatrie, Paris 1950.
- WASSERMANN (J.). — Effects of Cerebral electroshock on experimental neuroses in cats. *Arch. Neurol. et Psych.*, Avr. 1948.
- MICHAUX et BUGE. — L'anxiété. In : *Revue du praticien*, Avr. 1953.
- MUNCIE (W.). — *Psychobiology and Psychiatry*. Mosby 1948.
- NACHT (S.). — La thérapeutique psychanalytique. *An. Med. Psy.*, Mai 1947.
- NOYES (A. P.). — *Modern Clinical Psychiatry*, 1948.
- OBERNDORF (C. P.). — Considerations of results with psychoanalytic therapy. *Journal of Psychiatry*. Nov. 1942.
- OSMAN (M.) et Coll. — Traitement des obsessions par E. C. *An. Med. Psy.*, Nov. 1948.
- RONDEPIERRE (J.). — Résultats dans les psychonévroses. *An. Med. Psy.*, Juin 1950.
- YOST (O. R.). — Use of electric shock in the treatment of neuroses. In : *Digest of Neurology and Psychiatry*, Fév. 1950.
- ZINATA. — Des formes mineures des psychoses périodiques. *Th. Lyon*, 1937.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
<i>Chapitre premier. — La convulsivothérapie</i>	15
Principe	15
Méthodes d'application	17
Mode d'action	18
Contre-indications	23
<i>Chapitre II. — Les névroses</i>	27
Syndromes neurasthéniques et psychasthéniques	27
La névrose d'angoisse	30
La névrose obsessionnelle	32
L'hypochondrie	33
Les syndromes hystériques et pithiatiques	34
La cyclothymie	35
<i>Chapitre III. — Electro-chocs et névroses</i>	37
Neurasthénie. Etats dépressifs	37
Psychasthénie	41
Névrose d'angoisse	45
Névrose obsessionnelle	51
Hypochondrie	55
Hystérie. Pithiatisme	57
Cyclothymie	58
<i>Chapitre IV. — Considérations médico-légales</i>	63
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

